Medicare y Usted 2002

PROPERTY OF
FEB 20 REC'D
HCFA LIBRARY

Este manual contiene información importante sobre:

- **Sus beneficios de Medicare.**
- **Cómo escoger el plan de salud que más le conviene.**
- **Nuevas maneras para conseguir información.**

¿Cómo encontrar lo que necesita? Vea la página 99.

PUBS
RA
412
.3
M43s
2002

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES · USA

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

¡Bienvenido a *Medicare y Usted*!

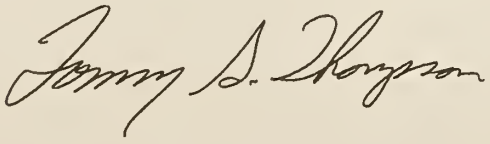
Su cobertura de salud de Medicare es uno de sus recursos más importantes. Este manual está diseñado para ayudarle, en su calidad de beneficiario de Medicare a enterarse sobre sus opciones con respecto a su cuidado de salud. También le brinda información sobre beneficios nuevos y nuevas formas de obtener información.

El otoño es el momento preciso para darle un vistazo a la cobertura de Medicare que usted tiene y elegir el plan de seguros que más le conviene. Comience con la "Sección 1: Lo Básico de Medicare" para entender la cobertura de Medicare y los tipos de opciones que son importantes para su consideración. Consiga toda la información que necesite y tome la decisión que más le conviene.

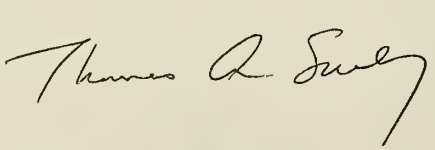
Le hemos hecho aún más fácil aprender sobre sus opciones con...

- ✓ **Servicios telefónicos extendidos.** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir respuestas rápidas a sus preguntas. A partir del 1° de octubre del 2001, usted podrá hablar con un representante de servicio al cliente 24 horas al día, incluyendo los fines de semana (ver páginas 6-7).
- ✓ **Información por medio de la Internet.** Busque en www.medicare.gov para conseguir información confiable. Usted puede conseguir las noticias más actualizadas sobre Medicare y respuestas a sus preguntas ahora mismo (ver página 8).
- ✓ **Una búsqueda nueva para ayudarle a tomar sus decisiones.** El escoger el plan de salud de Medicare que más le conviene es una decisión importante. La nueva "Búsqueda personalizada de planes Medicare" puede ayudarlo a hacer su elección con respecto a su plan de salud. Este nuevo servicio puede conseguirse en www.medicare.gov en la Internet. Usted también puede llamar gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Pregunte sobre la "Búsqueda personalizada de planes Medicare". Los detalles aparecen en las páginas 30-31.

No importa el plan de salud de Medicare que usted escoja, usted siempre está con Medicare. Usted conseguirá todos los servicios y las protecciones de Medicare que ya conoce y en los que confia.



Tommy G. Thompson
Secretario,
Salud y Servicios Humanos



Thomas A. Scully
Administrador,
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

2,3
1435
002

Contenidos

Sección 1 **Lo NUEVO de Medicare** 2

Lo básico de Medicare

Información importante 3-5
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 6-7
www.medicare.gov en la Internet 8
Publicaciones gratis sobre Medicare y temas relacionados 9-10

Sección 2 **El programa Medicare**

Servicios cubiertos e inscripción 11-17
Sus derechos en Medicare 18
Preguntas y respuestas comunes 19-25

Sección 3 **Introducción a los planes de salud Medicare** 27-32

Sección 4 **El Plan Original de Medicare**

¿Qué es y cómo Funciona? 33
Costos y cobertura de las Partes A y B 34-38
Cuentas y su Resumen de Medicare 39-44
Preguntas y respuestas comunes 45-46

Sección 5 **Planes Medicare + Choice (Opción) (incluye los HMO de Medicare)**

¿Qué son y cómo funcionan? 47-49
Costos de planes 49
Para afiliarse en un plan 50-52
Para retirarse de un plan 53-54
Preguntas y respuestas comunes 55-58

Sección 6 **Otros seguros de salud y formas de pagar sus gastos de salud** 59-64

Sección 7 **Información para su área local**

Información sobre planes de salud de Medicare locales 65-66
Adónde llamar para conseguir ayuda (números telefónicos locales) 66-94

Sección 8 **Palabras que debe conocer**

Definiciones de las palabras en azul 95-98

Sección 9 **Índice**

Una lista alfabética de lo que contiene este manual 99-102

Lo NUEVO de Medicare

Cobertura nueva para:

- Examen de evaluación ("screening") para glaucoma, ver página 16;
- Pruebas clínicas, ver página 22;
- Tratamiento para degeneración macular del ojo (relacionado con la edad), ver página 15;
- Servicios médicos de nutrición, ver página 15.

Reglas nuevas para:

- Inscribirse y retirarse de planes de salud Medicare, ver páginas 51-53;
- Personas con ALS (enfermedad de Lou Gehrig), ver página 21;
- Cobertura de medicinas inmunosupresivas, ver página 15.

Servicios nuevos:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048) está disponible 24 horas al día comenzando el 1 de octubre del 2001, incluyendo los fines de semana (ver páginas 6-7).
- Una "Búsqueda personalizada de planes Medicare" para ayudarlo a escoger el plan de salud que más le conviene (ver páginas 30-31).

Si usted tiene cobertura de salud por medio de su empleador o sindicato:

Llame a su empleador o sindicato antes de hacerle cualquier cambio a su cobertura de salud. Su empleador o sindicato posiblemente ofrecerá planes de salud que son distintos a los que se mencionan en este manual. Vea la página 59 y las preguntas en las páginas 19-20 y 23 para conseguir información importante.

Si usted es un retirado ferroviario:

Llame a su oficina local de la Junta de Retiro Ferroviario para conseguir respuestas a sus preguntas sobre Medicare. Usted puede ponerse en contacto con su oficina local llamando al 1-800-808-0772. Para más información sobre Medicare para Retirados Ferroviarios busque en www.rrb.gov en la Internet.

Si cambia su domicilio: Llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Medicare y Usted 2002 explica el programa Medicare. No es un documento legal. Las estipulaciones oficiales de Medicare se contienen en las leyes, reglamentos, y juicios correspondientes.

Sección 1

Lo básico de Medicare

Sobre este manual:

✓ **Para encontrar información:** El índice comienza en la página 99. Contiene una lista alfabética de los contenidos de este manual con los números de página correspondientes.

✓ **Palabras en letra azul:** Las palabras importantes en letra azul se definen en las páginas 95-98.

✓ **Para compartir "Medicare y Usted 2002":** Hogares con hasta cuatro personas con Medicare recibirán un sólo manual para compartir. Este manual le será enviado a una sóla persona. Esto ayuda a ahorrar el dinero de Medicare. Las otras personas con Medicare en este hogar recibirán una tarjeta postal, la cual les dirá cómo conseguir un manual adicional si les hace falta. Si su hogar familiar recibe más de un manual, ustedes pueden optar por recibir solamente una copia en el futuro. Si quiere compartirlo, llame y dígaselo a un representante de servicio al cliente en 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral). Por favor al llamar tenga a mano su tarjeta roja-blanca-y-azul cuando llame.

✓ **Por favor conserve este manual:** Este manual está vigente del 1º de enero del 2002 hasta el 31 de diciembre del 2002. Úselo en vez de cualquier versión más antigua que tenga en su mano. Guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente.

¿Sabía usted...

...que puede conseguir detalles gratis sobre los planes de salud Medicare? Esta información puede ayudarlo a escoger el plan que más le conviene. Incluye una lista personalizada de los planes que se ofrecen dentro de su código postal (ZIP). También incluye detalles sobre los costos, beneficios y la calidad de los planes. Es importante averiguar todo lo que se pueda antes de escoger un plan.

Para conseguir su información gratuita ahora, llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov en la Internet.

Sección 1
Lo básico de Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o mayores;
- Ciertas personas con incapacidades quienes son menores de los 65 años;
- Personas con Enfermedad Renal de Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal).

Medicare tiene dos partes:

Parte A: Seguro de Hospital, ver página 11-12.
La mayoría de las personas no tienen que pagar por la Parte A.

Parte B: Seguro Médico, ver página 13-17.
La mayoría de las personas pagan mensualmente por su Parte B.

Planes de salud Medicare

El Medicare de hoy día trata de brindarle opciones. Sus opciones de planes de salud incluyen:

El Plan Original de Medicare - disponible en todo el país. Para más información, vea la página 33.

O

Planes Medicare + Choice (Opción) incluyendo:

- Planes de salud administrados Medicare (como los HMO, ver página 48).
- Planes Privados de Pago-por-Servicio (ver página 49). Disponibles en muchas áreas.

El plan de salud de Medicare que usted escoja afecta sus costos, opciones de médico, beneficios (algunos tienen beneficios adicionales, como medicinas recetadas), conveniencia y calidad (ver páginas 28-29).

¡NUEVO! Para conseguir ayuda para comparar sus opciones de planes de salud, utilice la nueva "Búsqueda personalizada de planes Medicare". Vea las páginas 30-31 para conseguir más detalles.

Sección 1

Lo básico de Medicare

¿Necesita respuestas e información ahora mismo? Medicare está para servirle.

- Estoy pensando en inscribirme en un HMO de Medicare. ¿Cuál me conviene más?
- Quiero comprar una póliza Medigap. ¿Cuál tiene la cobertura adicional que necesito?
- ¿Cómo puedo conseguir cobertura de medicinas recetadas?
- ¿Cómo puedo conseguir otra tarjeta de Medicare?
- ¿Cómo puedo mantenerme al día con lo que está pasando con Medicare?
- No tengo suficiente dinero para pagar por mis servicios/cuidados de salud. ¿Cómo puedo conseguir ayuda?

Las respuestas a estas preguntas y más están al alcance de su teléfono o computadora.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral), 24 horas al día, incluyendo los fines de semana comenzando el 1 de octubre del 2001. Vea las páginas 6-7 para averiguar cómo utilizar este servicio gratuito.
- Visite a www.medicare.gov en la Internet para conseguir respuestas rápidas a sus preguntas. Vea la página 8 para conseguir más detalles sobre el sitio de Internet de Medicare.
- Lea publicaciones nuevas sobre Medicare. Vea las páginas 9-10 para conseguir más detalles sobre cómo conseguir manuales gratuitos que pueden ayudarle a aprender más.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Estamos aquí cuando usted nos necesita las 24 horas del día, incluyendo fines de semana.

Cuando llame, usted oirá:

Gracias por llamar a 1-800-MEDICARE.

Le podemos servir en inglés y en español.

• Para **inglés**, oprime (1). Para **español**, oprime (2).

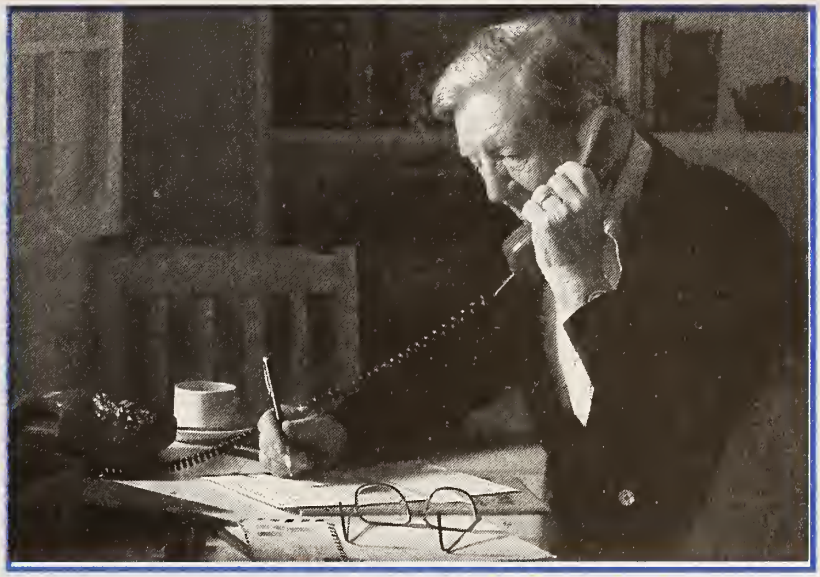
Por favor escuche cuidadosamente ya que nuestras opciones pueden cambiar.
Escoja de la siguientes opciones del **menú principal**:

Para inscribirse en Medicare, dar cambio de dirección o conseguir una tarjeta nueva de Medicare…	Para conseguir información sobre programas Estatales que pueden ayudar a personas de bajos ingresos a pagar por las primas y copagos de Medicare…	Para averiguar cómo es que se paga a su médico o cuenta de hospital…
Oprime **1** ahora	Oprime **2** ahora	Oprime **3** ahora

• **Consejo: Usted no tiene que llamar para conseguir información sobre opciones 1-3. Esa información está impresa en las páginas 65-94.**

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral (solamente disponible en inglés).



Para pedir publicaciones de Medicare… (Por favor tenga a mano el número de la publicación, ver páginas 9-10).	Para conseguir respuestas a preguntas comunes, incluyendo información sobre opciones de Planes de Salud Medicare….	Para hablar con un representante de servicio al cliente…
Oprime **4** ahora	Oprime **5** ahora	Oprime **0** ahora

Sección 1

Lo básico de Medicare

¿Necesita respuestas e información ahora mismo? Visite nuestro sitio en la Internet: www.medicare.gov

¿Qué debo hacer para conseguir otra tarjeta Medicare? Necesito una copia de una publicación de Medicare - ¿Cuál es la manera más rápida de conseguirla? ¿Cómo hago para mantenerme al día con las cosas nuevas de Medicare?

Las respuestas a estas preguntas y más están al alcance de su computadora. Vaya al sitio Internet de Medicare para conseguir respuestas rápidas a sus preguntas. El sitio se mantiene actualizado constantemente, así que visítelo a menudo.

★ Publicaciones

Lea todas las publicaciones de Medicare desde su computadora o imprima su propia copia para utilizarla ahora mismo.

★ Compare planes de salud de Medicare

Averigüe sobre el plan de salud Medicare que más le conviene en "Compare Planes de Salud Medicare". Compare información sobre costos, beneficios, y la calidad del cuidado. Para seleccionar un plan de salud, utilice la nueva "Búsqueda personalizada de planes Medicare" para encontrar los planes que mejor responden a sus necesidades.

★ Compare asilos de ancianos

¿Está tratando de encontrar un asilo de ancianos? Busque en "Compare Asilos de Ancianos" para conseguir detalles sobre los asilos de ancianos en su área, incluyendo los resultados de inspecciones estatales e información sobre el personal de enfermería. Usted puede obtener una copia de la Guía para Escoger un Asilo de Ancianos y una Lista de Verificación sobre Asilos de Ancianos para ayudarlo a tomar una decisión.

★ Respuestas a sus preguntas

Encuentre información básica sobre Medicare, incluyendo datos sobre cobertura, elegibilidad, afiliación y respuestas a sus preguntas más comunes. Haga que www.medicare.gov sea su primera parada para cualquier pregunta cuya respuesta usted quiera ahora.

★ Busque a un médico

Haga clic en "Directorio de Médicos Participantes" para conseguir una lista de médicos que participan en Medicare. Este directorio incluye los nombres, direcciones, y especialidades de los médicos.

★ Y más...

El sitio Internet de Medicare le ayuda a encontrar las respuestas que le hacen falta. Vea las páginas 30-31 para conseguir más información sobre nuestra nueva "Búsqueda personalizada de planes Medicare". También hay información sobre la salud, números telefónicos para contactos útiles, detalles sobre cómo conseguir ayuda con medicinas recetadas y más. Cierta información está disponible en español y en chino.

Sección 1

Lo básico de Medicare

Publicaciones gratis sobre Medicare y temas relacionados

Las decisiones sobre su cuidado de salud son importantes. Medicare trata de brindarle toda la información que usted necesita para ayudarlo a tomar buenas decisiones. Usted puede pedir las publicaciones gratis de Medicare para averiguar más sobre los temas que le son de interés. Siempre estamos añadiendo manuales nuevos con información detallada sobre temas importantes.

¿Qué debo hacer para conseguir estas publicaciones?

Usted puede:

1. Buscar en la Internet en www.medicare.gov, activar "Español" y luego activar "Publicaciones". Usted puede leerlas, imprimirlas, o pedir que le envíen estas publicaciones. Esta es la forma más rápida de conseguir una copia.
2. Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral) y activar la opción "4" para pedir una copia gratuita del manual que usted quiere. Tenga a mano el número de la publicación que quiere (la lista que aparece a continuación). Su copia le llegará dentro de tres semanas.
3. Agregue su nombre a la lista de correo de Internet para recibir un mensaje electrónico cada vez que haya una publicación nueva disponible. Para inscribirse, busque en www.medicare.gov, active "Español" y luego active "Suscríbase a nuestra lista" en el pie de la página. Después, active el tópico "Publications" (publicaciones) y escriba su dirección electrónica en el casillero que aparece al fondo y active "Subscribe" (Subscríbase).

¿Cuáles manuales están disponibles?

- *Guía 2001 sobre los Seguros de Salud para Personas con Medicare: Cómo escoger una póliza Medigap (2001 Guide to Health Insurance for People with Medicare: Choosing a Medigap Policy)* CMS Pub. No. 02110-S
- *¿Acepta la "Asignación" su Médico o Proveedor? (Does Your Doctor or Supplier Accept Assignment)* CMS Pub. No. 10134-S
- *Su Guía para Escoger un Asilo para Ancianos (Guide to Choosing a Nursing Home)* CMS Pub. No. 02174-S

¡NUEVO! • *Directorio de Cobertura de Salud para Personas con Medicare (Health Care Coverage Directory for People with Medicare)* CMS Pub. No. 02231-S

continúa en la próxima página

¿Cuáles manuales están disponibles? (continuación)

- *Medicare Apelaciones y Quejas Formales (Medicare Appeals and Grievances-Complaints)* CMS Pub. No. 10119-S

¡NUEVO! • *Medicare para Pruebas Clínicas (Medicare & Clinical Trials)* CMS Pub. No. 02226-S

- *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero (Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First)* CMS Pub. No. 02179-S
- *Cobertura de Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Trasplante de Riñón (Medicare Coverage of Kidney Dialysis and Kidney Transplant Services)* CMS Pub. No. 10128-S
- *Cobertura de Medicare para Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Medicare Coverage of Skilled Nursing Facility Care)* CMS Pub. No. 10153-S
- *Medicare y el Cuidado de la Salud en el Hogar (Medicare and Home Health Care)* CMS Pub. No. 10969-S
- *Beneficios de Hospicio Medicare (Medicare Hospice Benefits)* CMS Pub. No. 02154-S
- *Servicios Preventivos Medicare (Medicare Preventive Services)* CMS Pub. No. 10110-S

¡NUEVO! • *¡No pierda esta oportunidad! Ayuda con los gastos de Medicare (Medicare Savings Programs)* CMS Pub. No. 10126-S

¡NUEVO! • *Nuevas Reglas para Cambiar de Planes de Salud Medicare (New Rules for Switching Medicare Health Plans)* CMS Pub. No. 02241-S

- *¡Pague lo Justo! Proteger a Medicare contra el Fraude (Pay it Right! Protecting Medicare from Fraud)* CMS Pub. No. 10111-S

¡NUEVO! • *¿Qué clase de médico es un hospitalista? (What Kind of Doctor is a Hospitalist?)* CMS Pub. No. 02244-S

¡NUEVO! • *Dónde obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare (Where to Get Your Medicare Questions Answered)* CMS Pub. No. 02246-S

¡NUEVO! • *Las Mujeres con Medicare: Visite a su médico para hacerse una prueba Papanicolau, examen pélvico y examen clínico de los senos (Women with Medicare: Visiting Your Doctor for a Pap Test, Pelvic Exam, and Clinical Breast Exam)* CMS Pub. No. 02248-S

- *Sus Beneficios de Medicare (Your Medicare Benefits)* CMS Pub. No. 10116-S

¡NUEVO! • *Sus derechos y protecciones de Medicare (Your Medicare Rights and Protections)* CMS Pub. No. 10112-S

Muchas de estas publicaciones están disponibles en inglés, español, audio-casete (inglés y español), Braille (solamente en inglés) y letra grande (inglés y español). Algunos manuales también están disponibles en chino. Para recibir un catálogo de publicaciones de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o de lenguaje oral). Oprime opción "4" para pedir esta publicación CMS No. 02240-S.

Sección 2

El programa Medicare

Medicare tiene dos partes. La Parte A es el seguro de hospital. La mayoría de las personas no tienen que pagar por la Parte A. La Parte B de Medicare es un seguro médico. La mayoría de las personas pagan mensualmente por la Parte B.

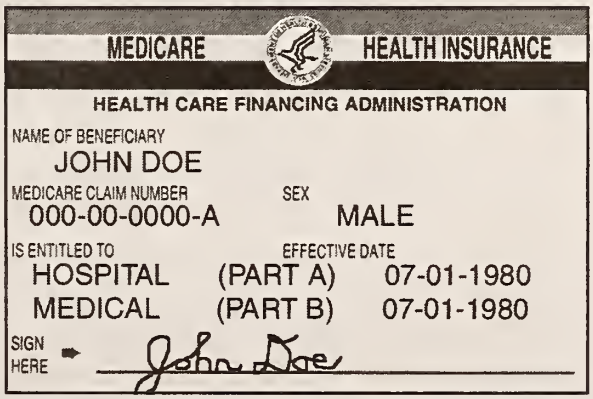
¿Qué es la Parte A de Medicare?

La Parte A (Seguro de Hospital) le ayuda a pagar por su cuidado interno en hospitales, hospitales de acceso crítico y centros de enfermería especializada. También cubre cuidado de hospicio y ciertos tipos de cuidado en el hogar. Usted debe reunir ciertos requisitos.

Costo: La mayoría de las personas no tienen que pagar una cuota mensual, llamada la prima para conseguir la Parte A ya que ellos (o su cónyuge) pagaron sus impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si usted (o su cónyuge) no pagó impuestos de Medicare mientras trabajaba y usted tiene 65 años o más, aún es posible que pueda comprar la Parte A. Si no está seguro si tiene Parte A, fíjese en su tarjeta roja-blanca-y-azul de Medicare (ver tarjeta muestra a continuación). Si usted tiene la Parte A, esta dirá "Hospital (Part A)" (Hospital Parte A) en la esquina inferior izquierda de la tarjeta. Usted también puede llamar gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 o a su oficina local del Seguro Social para conseguir información sobre cómo comprar la Parte A. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por su sigla en inglés), llame a su oficina RRB local o al 1-800-808-0772.

¿Necesita una tarjeta nueva de Medicare?
Busque en www.ssa.gov en la Internet o llame a la Administración del Seguro Social gratis al 1-800-772-1213.


MEDICARE HEALTH INSURANCE

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION

NAME OF BENEFICIARY
JOHN DOE

MEDICARE CLAIM NUMBER
000-00-0000-A

SEX
MALE

IS ENTITLED TO
HOSPITAL (PART A) 07-01-1980
MEDICAL (PART B) 07-01-1980

EFFECTIVE DATE

SIGN HERE ➨ John Doe

Sección 2
El programa Medicare

La Parte A de Medicare le ayuda a pagar:

Estadías en el hospital: Habitación semiprivada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye cuidado que usted recibe en hospitales de acceso crítico y servicios de salud mental para paciente interno. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación. Tampoco incluye una habitación privada a menos que sea necesario por razones médicas.

Cuidado en un centro de enfermería especializada: Habitación semiprivada, comidas, servicios de enfermería especializada y de rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía relacionada de 3 días en el hospital).

Servicios de cuidado de salud en el hogar: Cuidado a tiempo parcial de enfermería especializada, terapia física, terapia del lenguaje, servicios de un auxiliar para la salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas), suministros médicos y otros.

Cuidado de hospicio: Servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare para personas con una enfermedad terminal, medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor y otros servicios que de otra forma no cubriría Medicare. El cuidado de hospicio se brinda en su hogar. Sin embargo una estadía corta en un hospital y el cuidado de relevo para paciente interno (cuidado que se le brinda a una paciente de hospicio por otro cuidador para que descanse el cuidador de costumbre) están cubiertos cuando sean necesarios.

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.

Sección 2

El programa Medicare

¿Qué es la Parte B de Medicare?

*La cantidad nueva para la prima de la Parte B estará disponible para el 1º de enero del 2002. Es posible que usted pueda conseguir ayuda de su estado para pagar esta prima (ver página 60).

La Parte B (Seguro Médico) le ayuda a pagar por servicios del médico, cuidado para paciente ambulatorio y ciertos otros servicios médicos que no cubre la Parte A tal como los servicios de terapeutas físicos y ocupacionales y ciertos servicios de salud en el hogar. La Parte B ayuda a pagar por estos servicios y suministros médicos cubiertos cuando son médicamente necesarios (ver páginas 14-17).

Costo: Usted paga la prima de la Parte B de Medicare de $50* al mes en el 2001. Esta cantidad puede cambiar el 1º de enero del 2002. En algunos casos esta cantidad puede ser más alta si usted no escogió la Parte B cuando fue elegible por primera vez al cumplir 65 años. El costo de Parte B puede subir hasta en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en Parte B pero no lo hizo. Usted tendrá que pagar este 10% adicional por todo el tiempo que tenga la Parte B con la excepción de casos especiales. (Ver P3 en las páginas 19-20).

Para inscribirse (afiliarse) en la Parte B

El inscribirse en la Parte B es una decisión que sólo usted puede tomar. Si ya recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, usted quedará automáticamente inscrito en la Parte B a partir del primer día del mes en el cual cumple los 65 años. Si es menor de los 65 años y está incapacitado, usted quedará automáticamente inscrito en la Parte B después de que usted haya recibido beneficios del Seguro Social o de Retiro Ferroviario por 24 meses. Su tarjeta de Medicare le será enviada unos tres meses antes de que cumpla 65 años o de los 25 meses de beneficios de incapacitación. Si usted no quiere la Parte B de Medicare siga las instrucciones que vienen con la tarjeta.

Si usted elige afiliarse en la Parte B, por lo general la prima se sustrae de su pago mensual de Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. En tales casos, usted no recibirá ninguna cuenta por su prima. Si usted **no** recibe ninguno de estos pagos, Medicare le enviará una cuenta por su prima Parte B cada 3 meses. Usted debería recibir su cuenta por la prima Medicare antes del 10 día de cada mes. Si no ha recibido su cuenta antes del 10 día, avísele al Seguro Social al 1-800-772-1213 o a su oficina local del Seguro Social. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llame a su oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772.

Para inscribirse (afiliarse) en la Parte B (continuación)

Si usted está llegando a los 65 años y todavía no recibe beneficios del Seguro Social o de Retiro Ferroviario, o de Medicare, puede solicitar ambas al mismo tiempo. También puede solicitar solamente a Medicare. Usted puede inscribirse en la Parte B durante su Período de Inscripción Inicial. Su Período de Inscripción Inicial comienza tres meses antes del mes en el cual usted cumple los 65 años y termina tres meses después de que usted haya cumplido 65 años. Si usted espera hasta los 65 años o se inscribe durante los últimos tres meses de su Período de Inscripción Inicial, se retrasará la fecha de comienzo de su cobertura de la Parte B de Medicare. Para solicitarla, usted puede llamar o visitar a su oficina local del Seguro Social o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Es posible si es que usted reúne ciertas condiciones, que pueda solicitarla por medio de www.ssa.gov en la Internet.

La Parte B de Medicare le ayuda a pagar por:

Servicios médicos y otros: Servicios del médico (no los exámenes físicos de rutina), servicios y suministros médicos ambulatorios y quirúrgicos, exámenes diagnósticos, cargos de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados y equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas). También cubre segundas opiniones antes de una cirugía, servicios ambulatorios de salud mental, terapia fisica y ocupacional ambulatoria, incluyendo terapia del habla/lenguaje.

Servicios de laboratorio clínico: Exámenes de sangre, exámenes de orina y más.

Servicios de salud en el hogar: Cuidado especializado a tiempo-parcial, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla/lenguaje, servicios de ayudante de salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas) y suministros médicos y otros servicios.

Servicios ambulatorios de hospital: Servicios de hospital y suministros recibidos en calidad de paciente ambulatorio como parte de la atención de un médico.

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe como paciente ambulatorio o como parte de un servicio cubierto por la Parte B.

Medicare también ayuda a pagar:

- Servicios de ambulancia (cuando cualquier otro medio de transporte pondría su vida en peligro);
- Ojos artificiales;
- Miembros artificiales que son aparatos prostéticos y sus repuestos;
- Abrazaderas para brazos, piernas, espalda, y cuello;
- Servicios quiroprácticos (limitado), para la manipulación de la columna para corregir una subluxación;
- Atención de emergencia;
- Anteojos - un par estándar después de cirugía para cataratas con lente intraocular;
- Terapia de medicinas inmunosupresivas para pacientes de trasplantes siempre que usted esté cubierto por Medicare (el trasplante debe haber sido pagado por Medicare);
- Diálisis renal;
- Tratamiento de degeneración macular del ojo (relacionado con la edad) utilizando terapia ocular fotodinámica utilizando verteporfin;
- Servicios de terapia nutricional para personas con diabetes y enfermedad renal con un referido del médico;
- Suministros médicos - como bolsas para ostomía, vendas quirúrgicas, tablillas, yesos y ciertos suministros para diabéticos;
- Medicinas recetadas para pacientes ambulatorios (muy limitado). Por ejemplo, ciertas medicinas contra el cáncer administradas por vía oral;
- Servicios preventivos (ver páginas 16-17);
- Aparatos prostéticos, incluyendo prótesis del seno después de mastectomía;
- Segunda opinion de un médico (en ciertos casos);
- Servicios de practicantes médicos tal como sicólogos clínicos, ayudantes médicos y enfermeras practicantes;
- Telemedicina en ciertas áreas rurales;
- Zapatos terapéuticos para diabéticos (en ciertos casos);
- Trasplantes - corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino, medula ósea, córnea, e hígado (bajo ciertas condiciones y cuando se hace en centros aprobados);
- Rayos-X, MRI, tomografía CAT, EKG, y ciertos otros exámenes diagnósticos.

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Quien está cubierto

Mediciones de masa osea:

La frecuencia varía según su estado de salud.

Ciertas personas con Medicare a riesgo de perder masa ósea (ver P5 en la página 46).

Examen de cáncer colorectal:

Examen de Sangre Oculta en Materia Fecal - Una vez cada 12 meses.

Sigmoidoscopía Flexible - Una vez cada 48 meses.

Colonoscopía - Una vez cada 24 meses si usted presenta riesgo alto de cáncer del colon. Si usted no presenta alto riesgo, una vez cada 10 años, pero no dentro de 48 meses de una sigmoidoscopía flexible de evaluación.

Enema de Bario - El médico puede utilizar esta técnica en vez de la sigmoidoscopía flexible o colonoscopía.

Toda persona con Medicare de 50 años o más. Sin embargo, no hay límite de edad para una colonoscopía.

Servicios y suministros de diabetes:

Cobertura de monitores de glucosa, tiras para exámenes y lancetas.

Toda persona con Medicare que tenga diabetes (sea o no usuario de insulina).

Entrenamiento para el auto-control de diabetes.

Ciertas personas con Medicare que presentan riesgo de complicaciones por diabetes, si así lo pide su médico u otro proveedor.

Examen de evaluación para glaucoma:

Una vez cada 12 meses a partir del 1° de enero del 2002. Debe ser hecho o supervisado por un médico de la vista que esté habilitado legalmente para ofrecer este servicio en su estado.

Personas con Medicare que presentan alto riesgo de glaucoma, incluyendo personas con diabetes o historial familiar de glaucoma.

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare	Quien está cubierto
Examen de mamografía: Una vez cada 12 meses. Medicare también cubre las nuevas tecnologías digitales para evaluar los mamogramas.	Toda mujer con Medicare de 40 años o más. Usted también puede hacerse una mamografía de base entre las edades de 35 y 39 años.
Examan papanicolau y examen pélvico: (Incluye un examen clínico de los senos) Una vez cada 24 meses. Una vez cada 12 meses si usted presenta un riesgo alto de cáncer cervical o vaginal o si usted está en edad de concebir y tuvo un examen Papanicolau anormal en los últimos 36 meses.	Toda mujer con Medicare.
Examen de evaluación para cáncer de próstata: Examen Digital Rectal - Una vez cada 12 meses. Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, por su sigla en inglés) - Una vez cada 12 meses.	Todo hombre con Medicare de 50 años o más.
Inyecciones (vacunas): Vacuna contra la Influenza/gripe - Una vez al año en el otoño o el invierno.	Toda persona con Medicare.
Vacuna contra la Pulmonía Neumococal - Posiblemente una en su vida sea suficiente. Pregúntele a su médico.	Toda persona con Medicare
Vacuna contra la Hepatitis B	Ciertas personas con Medicare que presentan mediano a alto riesgo de Hepatitis B.

Sección 2

El programa Medicare

Sus derechos en Medicare

Si usted tiene Medicare, tiene garantizados ciertos derechos que sirven para protegerlo. Unos de estos derechos es el de disfrutar de un proceso justo, eficiente, y oportuno para apelar decisiones sobre servicios de salud o pagos por los mismos. No importa la forma en que usted consiga sus servicios de salud de Medicare, usted siempre tiene el derecho de apelar. Usted puede apelar si:

- No está de acuerdo con la cantidad que se está pagando.
- No se cubre un servicio que usted cree que debería estar cubierto.
- Se detiene un servicio médico antes de que usted cree es lo apropiado.

A usted deben darle instrucciones sobre cómo tramitar una apelación. Estas instrucciones se proporcionan en el aviso que explica lo que paga Medicare (ver página 39) o en los materiales de su cuidado de salud, dependiendo de como usted recibe su cuidado de Medicare. Si usted decide tramitar una apelación, pídale a su médico o proveedor cualquier información que pueda servirle para apoyar su caso.

Aparte de sus derechos de apelación, usted también tiene ciertos derechos a:

- Información
- Obtener servicios de emergencia
- Visitar médicos, especialistas, incluyendo especialistas en la salud de la mujer, y hospitales
- Participar en decisiones de tratamiento
- Saber cuáles son sus opciones de tratamiento
- Servicios que son culturalmente apropriados
- Tramitar quejas
- No ser discriminado
- Confidencialidad de la información personal
- Confidencialidad de la información sobre su salud

Es posible que tenga derechos adicionales si usted está en el hospital o en un centro de enfermería especializada o si termina su cuidado de salud en el hogar.

Para conseguir información más detallada sobre sus derechos y protecciones, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir su copia gratuita de *Sus derechos y protecciones de Medicare* (*Your Medicare Rights and Protections*). Vea la página 9 para más detalles para conseguir este manual.

Sección 2
El programa Medicare

Preguntas y respuestas comunes

P1: ¿Cómo hago para conseguir una nueva tarjeta roja-blanca-y-azul de Medicare si se me perdió, dañó o me robaron la que tenía?

R: Para conseguir una tarjeta nueva de Medicare, llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al 1-800-772-1213. Usted también puede conseguir una tarjeta nueva por medio de www.ssa.gov en la Internet. Active "Información en Español" y luego active "Tarjeta" en la mano izquierda de la pantalla. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por su sigla en inglés) llame a su oficina local del RRB o al 1-800-808-0772.

P2: ¿Cuándo cambian las tarifas de las primas y los coseguros de Medicare? ¿Cómo puedo averiguar cuáles son las nuevas tarifas?

R: Las nuevas tarifas para las primas y coseguros de Medicare salen cada otoño y cobran vigencia en enero. Si usted recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, las nuevas tarifas le serán enviadas junto con su aviso sobre el ajuste por el costo de vida en diciembre. Usted también puede conseguir las nuevas tarifas de Medicare para el 2002 después del 1° de diciembre del 2001, buscando en www.medicare.gov en la Internet o llamando al 1-800-633-4227).

P3: ¿Qué pasa si no me inscribí en la Parte B al ser elegible por primera vez?

R: Si usted no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible para Medicare por primera vez (por ejemplo, porque todavía estaba trabajando) es posible que todavía pueda inscribirse durante un Período de Inscripción General, o bien, el Periodo de Inscripción Especial.

1. Período de Inscripción General

Si usted no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse durante un Período de Inscripción General. Este período comienza del 1° de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Recuerde, el costo de la Parte B puede subir en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haber tenido la Parte B y no lo hizo y tendrá que pagar este 10% adicional mientras tenga la Parte B con la excepción de casos especiales (ver página 20).

Usted puede inscribirse en la Parte B en su oficina local del Seguro Social. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), puede afiliarse en su oficina local del RRB. Su cobertura de la Parte B comenzará el 1° de julio de ese mismo año.

P3: ¿Qué pasa si no me inscribí en la Parte B al ser elegible por primera vez? (continuación)

R: (continuación)

2. Período de Inscripción Especial

Si usted no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez debido a que usted o su cónyuge trabajaban y tenían cobertura de salud de grupo por medio de su empleador o sindicato o el de su cónyuge, usted puede inscribirse para la Parte B durante un Período de Inscripción Especial.

Usted puede afiliarse:

- En cualquier momento en que aún esté cubierto por el plan de salud de grupo de su empleador o sindicato, por medio del empleo actual o activo suyo o de su cónyuge, o
- Dentro de 8 meses a partir de la fecha en que termine su cobertura por medio de su plan de grupo de empleador o sindicato, **o** bien cuando termine su empleo (el que ocurra primero).

Si usted está incapacitado y trabaja (o si tiene la cobertura de un miembro familiar que trabaja), las reglas del Período Especial de Inscripción también se aplican.

La mayoría de las personas que se inscriben con la Parte B durante un Período de Inscripción Especial no pagan primas más altas. Sin embargo, si usted es elegible pero no se afilia durante el Período de Inscripción Especial, únicamente podrá inscribirse durante un Período de Inscripción General y el costo de la Parte B puede subir.

Para más información sobre la Parte B de Medicare, o para afiliarse, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, o llame a su oficina local del Seguro Social. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) llame a su oficina local del RRB o al 1-800-808-0772.

P4: Yo soy menor de los 65 años y tengo ALS (Esclerosis Lateral Amiotrófica), también conocida como la enfermedad de Lou Gehrig. ¿Cuándo puedo obtener cobertura de Medicare?

R: El Congreso aprobó una nueva ley. A partir del 1° de enero del 2001 si usted es menor de los 65 años y tiene la enfermedad de Lou Gehrig (ALS, por su sigla en inglés), usted puede conseguir sus beneficios de Medicare sea a partir del 1° de julio del 2001 o del primer mes en el cual usted recibe beneficios de incapacidad del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, el que sea más tarde. Para conseguir más información sobre beneficios de incapacidad, busque en www.ssa.gov en la Internet. O, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

P5: ¿Medicare paga por medicinas recetadas?

R: El Plan Original de Medicare no cubre medicinas recetadas con la excepción de muy pocos casos, como por ejemplo ciertas medicinas para el cáncer. Algunos planes Medicare + Choice (Opción) cubren medicinas recetadas hasta llegar a determinados límites en dólares (a veces por un costo adicional). Ciertas pólizas de Medigap y ciertos estados también cubren las medicinas recetadas. Para información sobre "Programas de Ayuda de Medicinas Recetadas" busque en la Internet en www.medicare.gov (ver página 8). Usted puede utilizar esta información de base para averiguar sobre sus diferentes opciones con respecto a la cobertura de medicinas recetadas, incluyendo sus planes Medicare + Choice (Opción) y las pólizas de Medigap.

P6: ¿Medicare cubre los servicios dentales?

R: Medicare no cubre cuidado dental de rutina ni la mayoría de los procedimientos dentales como por ejemplo la limpieza, rellenar caries, extraer dientes o los dientes postizos. En casos muy excepcionales, la Parte B de Medicare pagará por ciertos servicios dentales. Por otra parte, la Parte A de Medicare también pagará por ciertos servicios dentales que usted recibe mientras está en el hospital. Llame a su Agencia de Seguros Medicare local para conseguir más información (ver páginas 69-74). Ciertos planes de salud de Medicare pueden ofrecer cobertura dental adicional.

P7: ¿Medicare me cubre mis gastos si estoy participando en una prueba clínica?

R: Sí. Medicare paga por costos de rutina si usted está participando en una prueba clínica aprobada. Las pruebas clínicas comprueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo la efectividad de una nueva medicina contra el cáncer. Las pruebas clínicas le permiten a los médicos e investigadores ver si la atención nueva funciona y si es segura. Para conseguir más información sobre pruebas clínicas, consiga una copia nueva de *Medicare para Pruebas Clínicas (Medicare and Clinical Trials)*. Busque en la página 9 para más detalles sobre cómo conseguir este manual.

P8: ¿Qué tipos de servicios y suministros para diabéticos cubre Medicare?

R: Suministros para diabéticos: Medicare cubre los mismos suministros para diabéticos sin importar que utilicen la insulina o no. Esto incluye un monitor para medir la glucosa, tiras para monitorear niveles de glucosa en la sangre, lancetas y aparatos relacionados y soluciones para el control de glucosa. Medicare también cubre zapatos terapéuticos para las personas con diabetes. Pueden haber ciertos límites sobre los suministros o la frecuencia con que los puede recibir. Para conseguir más información sobre suministros para diabéticos, llame a su Portador Regional para Equipo Médico Duradero (ver página 77).

Servicios para diabéticos: Si su médico cree que usted corre el riesgo de complicaciones debido a su diabetes, usted está cubierto para entrenamiento en la auto-control de diabetes. También se cubren los servicios de terapia de nutrición médica para personas con diabetes (o enfermedad renal) cuando son referidos por un médico. Estos servicios pueden ser brindados por un dietista u otro profesional de nutrición registrado e incluyen servicios de consejería y terapia dietética para ayudarlo a manejar su diabetes. A partir del 1º de enero del 2002, Medicare también cubre el examen de evaluación ("screening") de glaucoma para personas con diabetes o historial familiar de glaucoma. Para conseguir más información sobre servicios para diabéticos, llame a su Agencia de Seguros Medicare (ver páginas 69-74).

P9: Yo tengo más de un seguro ¿Cómo sabré cuál es el que debe pagar primero?

R: A veces su otro seguro es el primero en pagar sus cuentas médicas y Medicare es el segundo en pagar. A ésto se le llama Pagador Secundario de Medicare. Otros seguros que podrían tener que pagar primero incluyen: cobertura de salud en planes de grupo del empleador bajo determinadas condiciones, seguros sin-culpa, cualquier seguro de responsabilidad legal, beneficios por enfermedad pulmonar minera, y compensación de trabajadores. Es importante que usted le informe al médico u hospital que usted tiene otros seguros para que puedan enviar las facturas correctamente. Si usted tiene preguntas sobre quién debe pagar primero, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios al 1-800-999-1118

P9: Yo tengo más de un seguro ¿Cómo sabré cuál es el que debe pagar primero? (continuación)

(TTY/TDD: 1-800-318-8782 para personas con impedimetos auditivos o del lenguaje oral). Para más información, consiga una copia gratuita de *Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero* (*Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First*). Busque en la página 9 para detalles sobre cómo conseguir este manual.

P10: ¿Qué es un "contrato privado" y cómo funciona?

R: Un contrato privado es un acuerdo entre usted y un médico que ha decidido no prestar sus servicios por medio del programa Medicare. Si usted firma un contrato privado con su médico:

- Medicare no le pagará ni a usted ni al médico por los servicios que usted haya obtenido.
- Usted tendrá que pagar lo que le cobre el médico o proveedor por los servicios que usted reciba. El cargo limitante de Medicare no se aplica en este caso.
- Los planes de servicios de salud Medicare + Choice (Opción) no pagarán por estos servicios.
- No debe presentarse ningún reclamo y Medicare no pagará por tal reclamo.
- Su póliza Medigap, si es que la tiene, no pagará nada por este servicio. Llame a su compañía de seguros Medigap antes de recibir el servicio si tiene cualquier pregunta.
- Muchos otros planes de seguros tampoco pagarán por tales servicios.
- Su médico debe informarle si Medicare pagaría por ese servicio si es que usted lo recibiera de otro médico que participa en Medicare.
- Su médico debe informarle si él o ella ha sido excluido/a del programa Medicare.

El contrato privado se aplica únicamente a los servicios que usted recibe del médico que pidió que lo firmará. A usted no se le puede pedir que firme un contrato privado cuando es una emergencia o una situación médica urgente.

Es posible que usted quiera hablar con alguien en su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud antes de firmar un contrato privado (ver páginas 75-76).

P11: ¿Puedo pagar por un servicio de mi bolsillo aún si está cubierto por Medicare?

R: Usted siempre tiene la opción de pagar directamente de su bolsillo por servicios cubiertos por Medicare. Si usted quiere pagar por tales servicios, pídale a su médico que no le envíe factura a Medicare o a cualquier otro asegurador.

Usted también tiene la opción de conseguir servicios no cubiertos por Medicare y pagar por ellos de su bolsillo. En tal caso, usted no tiene que firmar un contrato privado y su médico no tiene obligación de dejar de proveerle servicios por medio de Medicare.

P12: ¿Cómo se protege la confidencialidad de mis expedientes médicos?

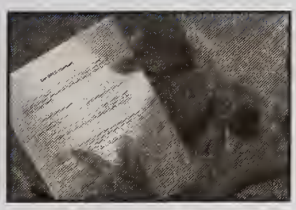
R: Usted tiene el derecho de hablar en plena confidencialidad con sus proveedores de servicios de salud y de que su información personal sobre sus servicios de salud se mantenga en confidencialidad según la ley Estatal y Federal.

Ahora existe una nueva regla de privacidad de pacientes que le brinda mayor acceso a sus propios expedientes médicos, y mayor control sobre cómo su información personal de salud es utilizada por su proveedor de servicios de salud o por su plan de salud. Está regla comenzará a partir del 14 de abril del 2003.

Si usted tiene preguntas sobre esta regla de privacidad, busque en www.hhs.gov/ocr/hipaa en la Internet.

Si usted está en un plan Medicare + Choice (Opción) usted también tiene el derecho a acceso oportuno a sus expedientes médicos.

NOTAS



Sección 3

Introducción a los planes de salud Medicare

¿Qué son los planes de salud Medicare?

Medicare le ofrece distintas maneras de conseguir sus beneficios de Medicare. A estas opciones diferentes se les llama los planes de salud Medicare. Los planes de salud Medicare tienen un contrato y son administrados por el programa de Medicare. La forma en la cual usted consigue su servicios de salud con el programa Medicare depende del plan que usted escoge. Según donde usted viva es posible que pueda escoger de más de un tipo de plan.

¿Qué tipos de planes de salud Medicare están disponibles?

En el 2002, Medicare ofrece los siguientes tipos de planes Medicare:

- **El Plan Original de Medicare (a veces llamado pago-por-servicio)** - Toda persona con Medicare puede inscribirse en el Plan Original de Medicare. Este plan está disponible en todo el país. Muchas personas en el Plan Original de Medicare también tienen una póliza Medigap (Seguro Suplemental de Medicare) para ayudar a pagar los costos por servicios de salud que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare (ver página 62).

- **Planes Medicare + Choice (Opción)** - Los planes "Medicare + Choice (Opción)" le brindan a Medicare servicios de salud bajo contrato. Pueden ofrecer beneficios tales como la coordinación del cuidado, o el reducir los costos de su bolillo. Algunos planes pueden ofrecer beneficios adicionales como medicinas recetadas. Existen dos tipos de planes Medicare + Choice (Opción). Están disponibles en muchas partes del país:

  Los planes Medicare + Choice (Opción) incluyen:

  - **Planes de Salud Administrados Medicare (como los HMO) y**
  - **Planes Privados de Pago-por-Servicio.**

Sección 3

Introducción a los planes de salud Medicare

Seleccione el plan de salud Medicare que más le conviene

La forma en que usted recibe sus beneficios de salud de Medicare afecta a muchas cosas. A la hora de escoger su plan de salud de Medicare, usted debe pensar en los costos, opción de médico, beneficios adicionales, conveniencia y la calidad. Todos son importantes pero para usted algunos pueden ser más importantes que otros. Usted tiene que ver que es lo que ofrece cada plan y hacer la elección que más le conviene.

Lo que escoge afectará:

Costo ¿Cuáles serán los gastos directos de mi bolsillo? Para conseguir más información sobre sus costos directos, ver la página 34.

Opción de médico ¿Puedo consultar con el/los médico/s que yo quiera?

Beneficios ¿Necesito beneficios y servicios adicionales, como medicinas recetadas, exámenes de la vista, aparatos de asistencia auditiva o exámenes físicos de rutina?

Conveniencia ¿Dónde están ubicados los consultorios del médico y cuáles son sus horarios? ¿Hay que llenar muchos formularios? ¿Tengo que tramitar mis reclamos yo mismo? ¿Hay una línea telefónica gratuita para conseguir consejos médicos de una enfermera u otro personal médico?

Datos sobre la calidad para ayudarlo a escoger

La investigación ha comprobado que los planes de salud de Medicare difieren los unos de los otros en términos de su calidad. El programa Medicare mide la calidad de los servicios que reciben las personas como usted. Esta información está a la disposición de todos. Para comparar la calidad de los planes de salud de Medicare en su área, visite www.medicare.gov en la Internet, active "Español" y luego active "Compare Planes de Salud de Medicare". O llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida más información sobre la calidad de planes de salud.

Sección 3

Introducción a los planes de salud Medicare

¿Qué es lo más importante para usted?

Piense sobre lo que es más importante para usted en un plan de salud. Luego consulte este cuadro. Puede ayudarlo a ver cuales tipos de planes son los que tienen las cosas que son importantes. Las próximas dos secciones de este manual le brindan más detalles sobre estos tipos de planes. Utilizar la "Búsqueda personalizada de planes Medicare puede ayudarle a escoger el plan de salud que más le conviene (ver páginas 30-31).

		Planes Medicare + Choice (Opción)	
	Plan Original de Medicare	**Plan de Salud Administrado (como un HMO)**	**Plan Privado de Pago-por-Servicio**
Costo Total de costos directos de su bolsillo	**Alto**	**Bajo a mediano**	**Mediano a alto**
Opción de médico	**El más amplio** Escoja a cualquier médico o especialista que acepta a Medicare.	**Algo** Por lo general debe consultar con un médico o especialista que forma parte de su plan.	**Amplio** Escoja a cualquier médico o especialista que acepte el pago del plan.
Beneficios adicionales Por encima de los beneficios cubiertos por Medicare	**Ninguno**	**El que más ofrece** Como medicinas recetadas, exámenes de la vista, aparatos auditivos o exámenes físicos de rutina.	**Algo** Como por ejemplo viajes al extranjero (cobertura de emergencias) o días adicionales en el hospital.
Conveniencia	**Varía** Disponible en todo el país.	**Varía** Disponible en ciertas áreas. Puede requerir menos formularios y tener una línea telefónica gratuita para ofrecerle consejos médicos.	**Varía** Disponible en ciertas áreas. Puede requerir menos formularios y tener una línea telefónica gratuita para ofrecerle consejos médicos.

Sección 3
Introducción a los planes de salud Medicare

¡NUEVO este año! Ayuda paso-por-paso para escoger un plan de salud

Escoger la cobertura de salud correcta es una decisión importante pero a veces es difícil tomar esa decisión. La nueva "Búsqueda personalizada de planes Medicare" le ayuda a reducir sus opciones de planes de salud de Medicare y escoger el plan que es el mejor para usted. Usted también puede conseguir información importante sobre programas especiales que podrían ayudarlo a pagar los costos de servicios de salud que no están cubiertos por Medicare.

Usted puede conseguir esta información de dos maneras:

1. Visite a www.medicare.gov en la Internet para conseguir los resultados más rápidos. Active "Búsqueda personalizada de planes Medicare".

2. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Oprime opción "0". Un representante de servicio al cliente lo ayudará. Usted recibirá sus resultados por correo dentro de tres semanas.

Usted tendrá que responder a unas preguntas sencillas incluyendo:

- Qué parte de Medicare tiene (Parte A y/o Parte B);
- Su edad;
- El estado general de su salud.

Si usted quiere conseguir información sobre programas que pueden ayudarlo a cubrir sus gastos de salud, tendrá que responder a algunas preguntas sobre su ingreso y sus recursos.

Cualquier información que usted brinde se mantendrá siempre en estricta confidencialidad.

Resultados de la "Búsqueda personalizada de planes Medicare"

Cuando usted utiliza la "Búsqueda personalizada de planes Medicare", usted recibirá una página de resumen hecha a la medida para usted/personalizada (ver ejemplo en la página 31) con información general para ayudarlo a comparar los planes en su área. Usted también recibirá información detallada sobre todos los planes disponibles en su área o sencillamente sobre aquellos que más le interesan.

Sección 3
Introducción a los planes de salud Medicare

Página Resumen con muestra de la "Búsqueda personalizada de planes Medicare"

Es possible que usted esté interesado en:

❑ Programa Estatal de Asistencia para Medicinas Recetadas (1-555-555-5555)

❑ Seminario de "Lo Básico" de Medicare (1-555-555-5555)

A continuación aparece un resumen de los planes que están disponibles dentro de su código postal (ZIP). La columna de los costos de su bolsillo comparan el costo promedio para una persona de la misma edad y estado de salud que el suyo. El cuadro también incluye información sobre opciones de médicos y si el plan ofrece o no alguno de los beneficios siguientes: medicinas recetadas para paciente ambulatorio, examen físico de rutina, servicios de la vista y servicios dentales.

El Plan Original de Medicare Solamente - Aproximadamente el xx% de las personas con Medicare han elegido esta opción. Con esta opción, el Gobierno Federal paga una cantidad estimada de $xxx mensuales por beneficiario.

Planes de salud Medicare	Costos de su bolsillo	Elección de médico (¿Puede usted consultar a cualquier médico?)	Medicinas Recetadas para pacientes ambulatorios	Exámenes físicos de Rutina	Servicios de la vista	Servicios dentales
Plan Original de Medicare	$$$	✓				

Original Medicare con un plan Medigap - Aproximadamente el xx% de las personas con Medicare han elegido esta opción. Con esta opción, el Gobierno Federal paga una cantidad estimada de $xxx mensuales por beneficiario.

Planes de salud Medicare	Costos de su bolsillo	Elección de médico (¿Puede usted consultar a cualquier médico?)	Medicinas Recetadas para pacientes ambulatorios	Exámenes físicos de Rutina	Servicios de la vista	Servicios dentales
Plan C de Medigap	$$	✓				
Plan H de Medigap	$$$	✓	✓			

Planes Medicare + Choice (Opción) - Aproximadamente el xx% de las personas con Medicare han elegido esta opción. Con esta opción, el Gobierno Federal paga una cantidad estimada de $xxx mensuales por beneficiario.

Planes de salud Medicare	Costos de su bolsillo	Elección de médico (¿Puede usted consultar a cualquier médico?)	Medicinas Recetadas para pacientes ambulatorios	Exámenes físicos de Rutina	Servicios de la vista	Servicios dentales
HMO Plan 1	$$	Por lo general debe visitar un médico o especialista que forma parte de su plan.	✓	✓	✓	

Sección 3
Introducción a los planes de salud Medicare

Sin importar que usted consiga su cobertura de salud de Plan Original de Medicare o de un Plan Medicare + Choice (Opción):

- Usted siempre está en el programa Medicare. El Plan Original de Medicare y los planes Medicare + Choice (Opción) son todos partes del programa Medicare.
- Usted recibe por lo menos todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare que aparecen en la lista de la página 12.
- Si usted paga la prima mensual de la Parte B ($50 en el 2001) usted recibe todos los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare que se listan en las páginas 14-17.
- El programa Medicare lo ayuda a conseguir servicios de salud de alta calidad.
- El programa Medicare sigue pagando por parte de sus servicios de salud.

Usted debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare + Choice (Opción).

¿Qué ocurre si tengo otro seguro o cobertura que no aparece aquí?

Muchas personas con Medicare también tienen cobertura de salud aparte de la que tienen con Medicare. Es posible que usted tenga o que califique para los siguientes:

- Una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare en la página 62);
- Cobertura de empleador o sindicato (ver página 59);
- Ayuda de su estado (ver Programas de Ahorro Medicare y Medicaid en las páginas 60 y 61);
- TRICARE por Vida (para retirados militares y sus cónyuges y sobrevivientes, ver página 60);
- Beneficios de veteranos (ver página 59);
- Otros seguros como por ejemplo seguros de salud a largo plazo (ver página 64).

La forma en la cual estos tipos de seguro funcionan con Medicare pueden varíar. Vea los números de las páginas que se dan arriba para conseguir más información.

Sección 4

El Plan Original de Medicare

¿Qué es el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare es un plan de "pago-por-servicio". A usted por lo general se le cobra un honorario por cada servicio o suministro de salud que reciba. Este plan, administrado por el Gobierno Federal, está disponible en todo el país. Si usted está en el Plan Original de Medicare, utilice su tarjeta roja-blanca-y-azul cuando recibe servicios de salud (vea la tarjeta muestra que aparece en la página 11). Si está contento recibiendo sus servicios de salud de esta manera, usted no tiene que cambiar nada. Usted permanecerá en el Plan Original de Medicare a menos que escoja afiliarse a un plan Medicare + Choice (Opción).

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare?

- Usted puede visitar a cualquier médico, especialista, u hospital que acepte Medicare. Generalmente se le cobra un honorario cada vez que usted recibe un servicio.
- Si usted tiene la Parte A, usted recibe todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare que aparecen en la lista de la página 12.
- Si usted paga la prima mensual de la Parte B ($50 en el 2001) usted recibe todos los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare que aparecen en la lista de las páginas 14-17.
- Usted paga una cantidad fija por sus servicios de salud (el deducible) antes de que Medicare paga su parte. Luego Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el coseguro o copago).
- Después de que haya recibido un servicio de salud, usted recibirá por correo un Resumen de Medicare o una Explicación de Beneficios Medicare (ver página 39). Estos avisos son enviados por las compañías que le maneja las facturas a Medicare. El aviso trae una lista de lo que a usted se le puede facturar.

Recuerde, las palabras en letra azul se definen en las páginas 95-98.

Sección 4

El Plan Original de Medicare

Sus costos en el Plan Original de Medicare

Los costos directos de su bolsillo dependerán de:

- Si su doctor o suministrador está de acuerdo en aceptar la asignación (ver la página 44).
- Qué tan a menudo usted requiere servicios de salud.
- Qué tipos de servicios de salud usted necesita.
- Si usted recibe servicios o suministros no cubiertos por Medicare.
- Si usted tiene la Parte B.

Nota: En la mayoría de los casos, usted debe pagar por cualquier servicio de salud que reciba mientras viaja fuera de los Estados Unidos.

Los cuadros de las páginas siguientes le muestran lo que usted paga con el Plan Original de Medicare. Para conseguir detalles sobre estos servicios cubiertos, vea la página 12 para la Parte A y las páginas 14-17 para la Parte B.

Para ayudarlo a cubrir los costos que el Plan Original de Medicare no cubre, usted puede:

- Conseguir o conservar su cobertura de salud por medio de su empleador o sindicato (ver página 59), o
- Comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) (ver página 62), o
- Verificar si puede conseguir ayuda de su estado (ver páginas 60-61).

Sección 4
El Plan Original de Medicare

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) Ayuda a Pagar:	Lo que USTED paga en el 2001 en el Plan Original de Medicare (ver nota en la pagina 36) **(Para más información sobre cobertura, vea la página 12).**
Estadías en el Hospital	**Por cada período de beneficios USTED paga:** ■ Un total de $792 por una estadía de hospital de 1-60 días. ■ $198 por día de 61-90 días de una estadía de hospital. ■ $396 por día de 91-150 días de una estadía de hospital. (Ver "Días de Reserva de por vida" en la página 96). ■ Todo costo para cada día por encima de los 150 días.
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés) Vea la página 9 para detalles sobre cómo conseguir un folleto gratuito para más información.	**Por cada período de beneficios USTED paga:** ■ Nada por los primeros 20 días. ■ Hasta $99 por día de 21-100 días. ■ Todo costo por encima del día 100 en el período de beneficios. Si usted tiene preguntas sobre cuidado SNF y las condiciones de la cobertura, llame a su Intermediario Fiscal (ver páginas 78-82).
Cuidado de Salud en el Hogar Vea la página 9 para detalles sobre cómo conseguir un folleto gratuito con más información.	**USTED paga:** ■ Nada por los servicios de cuidado de salud en el hogar. ■ El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico duradero. Si tiene preguntas sobre sus servicios de cuidado de salud en el hogar y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de Salud en el Hogar (ver páginas 83-84).
Cuidado de Hospicio Vea la página 9 para detalles sobre cómo conseguir un folleto gratuito con más información.	**USTED paga** un copago de hasta $5 por medicinas recetadas para pacientes ambulatorios y el 5% de la cantidad aprobada por Medicare para cuidado de relevo de paciente interno (cuidado a corto plazo que se le brinda a un paciente de hospicio para que descanse el cuidador de costumbre). La cantidad que usted debe pagar por cuidado de relevo puede cambiar de año en año. Si usted tiene preguntas sobre el cuidado de hospicio y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de Salud en el Hogar (ver páginas 83-84).
Sangre	**USTED paga** por las primeras 3 pintas de sangre a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer lo que usted usa.

Sección 4
El Plan Original de Medicare

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) Ayuda a Pagar:	Lo que USTED paga en 2001 en el Plan Original de Medicare (ver nota en el pie de la página) **(Para conseguir más información, vea las páginas 14-17.)**
Servicios Médicos y Otros	**Por cada año USTED paga:** ■ Deducible de $100 (se paga sólo una vez por año). ■ 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible. (Ver "asignación" en la página 44). ■ 20% de todo servicio ambulatorio de terapia física, ocupacional y de lenguaje/vocal. ■ 50% de cualquier servicio de salud mental ambulatoria (Ver P1 en la página 45).
Servicios de Laboratorio Clínico	**USTED no paga nada** por servicios aprobados por Medicare.
Cuidado de Salud en el Hogar Vea la página 9 para detalles sobre cómo conseguir un folleto gratuito con más información.	**USTED Paga:** ■ Nada por servicios aprobados por Medicare. ■ 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico duradero. Si usted tiene preguntas sobre cuidado de salud en el hogar y condiciones de cobertura, llame a su Portador Regional de Equipo Médico Duradero (ver página 77).
Servicios de Hospital para Pacientes Ambulatorios	**USTED paga** una cantidad fija de coseguro o copago que puede variar según el servicio. Vea la Página 9 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratuito con más información.
Sangre	**USTED paga** por las primeras 3 pintas de sangre, y después de eso, 20% de la cantidad aprobada por Medicare por pintas adicionales de sangre (después del deducible) a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer lo que usted usa.

Nota: Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B de Medicare estarán disponibles para el 1° de enero del 2002. Las cantidades verdaderas que usted deberá pagar pueden ser más si el médico no acepta la asignación y es posible que usted tenga que pagar la cantidad completa en el momento de recibir los servicios. Medicare entonces le enviará su parte de los costos (ver página 44).

Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte B de Medicare, llame a su Agencia de Seguros Medicare (ver páginas 69-74). Si usted tiene preguntas sobre equipo médico duradero, incluyendo suministros médicos para diabéticos, llame a su Portador Regional de Equipo Médico Duradero (ver página 77).

Servicios Preventivos Cubiertos por la Parte B de Medicare	Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare (Para conseguir más información sobre la cobertura, vea las páginas 16-17.)
Medición de la Masa Ósea	20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad de copago) después del deducible anual Parte B.
Examen de Cáncer Colorectal	Nada para el exámen de sangre oculta en materia fecal. Para cualquier otro examen, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B. Para la sigmoidoscopía flexible o colonoscopía, usted paga el 25% de la cantidad aprobada por Medicare si el examen se hace en un centro de cirugía ambulatoria o en el departamento ambulatorio de un hospital.
Servicios de Diabetes y Suministros	20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B.
Prueba de Evaluación para Glaucoma	20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B.
Mamografía de Evaluación	20% de la cantidad aprobada por Medicare sin deducible anual Parte B.
Examen Papanicolau y Examen Pélvico) (incluye un examen de los senos)	Nada para el examen de laboratorio Papanicolau. Para la recolección de la muestra para examen Papanicolau y exámenes pélvicos y de los senos, 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad de copago) sin deducible anual Parte B.
Examen de Evaluación para Cáncer de la Próstata	Generalmente, 20% de la cantidad aprobada por Medicare por un examen digital rectal después del deducible anual Parte B. No hay coseguro y no hay deducible Parte B para el examen PSA (por la sigla en inglés de Antígeno Específico de Próstata).
Inyecciones (vacunas)	Nada por vacunas contra la gripe y la pulmonía si el proveedor de servicios de salud acepta la asignación (ver página 44). Para las vacunas contra Hepatitis B, 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad de copago) después del deducible anual Parte B.

¿Qué es lo que no pagan ni la Parte A ni la Parte B de Medicare en el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare no lo cubre todo. Los costos para el cuidado de salud que no son cubiertos por Medicare incluirán, pero no se limitan a:

- Acupuntura;
- Deducibles, coseguros, o copagos cuando usted recibe servicios de salud (ver "Lo que USTED paga" en los cuadros de las páginas 35-37);
- Cuidado dental y dientes postizos (en la mayoría de los casos).
- Cirugía cosmética/estética;
- Cuidado custodial (ayuda para bañarse, vestirse, con el aseo, o para comer) en el hogar o en un asilo de ancianos;
- Servicios médicos que usted reciba mientras viaja fuera de los Estados Unidos (con la excepción de casos limitados);
- Aparatos de asistencia auditiva y exámenes del oído;
- Zapatos ortopédicos;
- Medicinas recetadas para pacientes ambulatorios (con sólo unas pocas excepciones);
- Cuidado rutinario de los pies (con muy pocas excepciones);
- Cuidado rutinario de los ojos y la mayoría de los anteojos (ver página 15);
- Exámenes físicos de rutina o anuales;
- Exámenes de evaluación ("screening") con la excepción de los que se detallan en las páginas 16-17;
- Inyecciones (vacunas) con la excepción de los que se detallan en la página 17.

Para conseguir ayuda para cubrir los costos que no cubre el Plan Original de Medicare vea la página 34.

¿Cómo se pagan mis cuentas bajo el Plan Original de Medicare?

Para los servicios de la Parte A y ciertos servicios de la Parte B:

El proveedor de los servicios cubiertos le envía un reclamo a su Intermediario Fiscal.

Para los servicios y suministros de la Parte B:

El proveedor del servicio o suministro cubierto le envía un reclamo a su Agencia de Seguros Medicare o a su Portador Regional de Equipo Médico Duradero.

Usted recibe un Resumen de Medicare (Medicare Summary Notice o MSN, por su sigla en inglés) o una Explicación de Beneficios de Medicare (Explanation of Medicare Benefits o EOMB, por su sigla en inglés). Dentro de poco, toda persona recibirá un MSN a medida que se discontinúan los EOMB. En el MSN aparece una lista de todos los servicios o suministros que se facturaron a Medicare en ese mes. Revise este aviso para asegurarse de que usted recibió todos los servicios, suministros médicos, o equipo que los proveedores facturaron/cobraron a Medicare.

Si usted tiene preguntas sobre sus cuentas, vea las páginas 67-80 para conseguir números telefónicos importantes.

- ¿Tiene preguntas sobre lo que se cobra? Llame al proveedor del servicio o suministro.
- ¿No está de acuerdo con lo que se pagó? Usted puede apelar (ver la página 18).
- ¿Sospecha que el proveedor está siendo deshonesto? Llame a la compañía que le envió el aviso. Su número telefónico aparece en el aviso.

Nota: Usted no debería tener que tramitar un reclamo de Medicare. Por ley, los proveedores y suministradores tienen que tramitar los reclamos de Medicare por servicios y suministros cubiertos que usted recibe. Si su médico o suministrador no tramita el reclamo con Medicare en un tiempo razonable, contacte a su Agencia de Seguros Medicare.

¿Cómo debo leer mi Resumen de Medicare (MSN)?

Las páginas 40-41 contienen una muestra de un MSN para los servicios de la Parte B seguido por información sobre cómo leerla. Es posible que usted también reciba un MSN por servicios de la Parte A y por equipo médico duradero. Recuerde que el MSN no es una cuenta. NO LE ENVIE DINERO a Medicare o al proveedor hasta que usted haya recibido una cuenta.

Resumen de Medicare

(1) 16 de junio del 2002

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
DIRECCIÓN
CIUDAD, ESTADO,
CÓDIGO POSTAL (ZIP)

(4)

(5)

Ayude a Combatir el Fraude:
Proteja su número Medicare como si fuera un número de tarjeta de crédito.

Información de Servicio al Cliente (2)

(3) **Su Número Medicare: 111-11-1111A**

Si tiene preguntas, llame o escríbale a:
Medicare
555 Medicare Blvd. Suite 200
Medicare Building
Medicare, US XXXXX-XXXX

Número telefónico: (XXX) XXX-XXXX
1-800-XXX-XXXX
TTY para personas con incapacitación auditiva:
1-800-XXX-XXXX

(6) Este es un resumen de los reclamos procesados del 5/15/02 hasta el 6/15/02.

SEGURO MÉDICO PARTE B - RECLAMOS ASIGNADOS

Fecha de Servicio	Servicios Brindados	Cantidad Cobrada	Aprobado por Medicare	Medicare Pagó al Proveedor	A Usted se le Puede Cobrar	Ver Sección de Observaciones
Número de Reclamo 12345-84956-84556 (8)						(14)
Nombre del médico, dirección, ciudad, estado, código postal (15)		(10) $55.00	(11) $44.35	(12) $0.00	(13) $44.35	a
(7) 03/07/02	(9) 1 Consultorio/Visita ambulatoria, ES (99214)					b

ESTA NO ES UNA CUENTA - Guarde este aviso para sus archivos.

Vea la página siguiente para el resto del Resumen de Medicare.

Vea las páginas 42-43 para una explicación de los puntos numerados.

Sección de Observaciones: (16)

a Esta información le está siendo enviada a su agencia(s) de seguros privada. Envíele a ellos cualquier pregunta que tenga con respecto a sus beneficios.
b Esta cantidad aprobada fue aplicada al deducible.

Información sobre el Deducible: (17)

Usted ya ha saldado $44.35 de su deducible de $100 de la Parte B para el 2002.

Información General: (18)

Por favor avísenos si ha habido cualquier cambio en su dirección o si la misma está incorrecta tal y como consta en este aviso.

Información sobre Apelaciones - La Parte B (19)

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre cualquier reclamo en este aviso, puede presentar una apelación si lo hace antes del 16 de diciembre del 2002.

Siga las instrucciones que aparecen a continuación:

1) Marque con un círculo todos los puntos con los cuales no está de acuerdo y explique por qúe no está de acuerdo.

2) Envíele este aviso o copia de la misma a la dirección que consta en el casillero de "Customer Service Information" (Servicio de Información al Cliente) en la página 1.

3) Firme aquí_____Número Telefónico (___)_____

Vea las páginas 42-43 para una explicación de los puntos numerados.

Explicación de puntos numerados en el Resumen de Medicare (MSN)

1. **Fecha** en que se envió el MSN.

2. **Casillero de Información de Servicio al Cliente**. Escriba o llame utilizando la información en este casillero si usted tiene cualquier pregunta sobre su MSN. Para cualquier pregunta, incluya su número de Medicare, la fecha del aviso y la fecha específica del servicio sobre el cual usted tiene preguntas.

3. Su **Número de Medicare**. Este debe ser el mismo que el de su tarjeta de Medicare.

4. Su **Nombre y Dirección**. Si estos están incorrectos en su MSN, por favor llame inmediatamente tanto a la compañía que aparece en la sección de servicio de información al cliente y a la Administración del Seguro Social.

5. Lea el mensaje de **Ayude a Combatir el Fraude** para conseguir información sobre cómo protegerse a usted y a Medicare contra el fraude y el abuso.

6. **Seguro Médico Parte B - Reclamos Asignados/No Asignados**. Esta línea describe la categoría de los servicios que se recibieron. Le dice si es un servicio de la Parte A o Parte B de Medicare o equipo médico duradero. Consulte el dorso de su MSN para una explicación de lo que es la asignación de Medicare.

7. **Fechas del Servicio**. Esto muestra cuando su médico o suministrador brindó el/los servicio(s) que aparecen en la lista. Usted puede utilizar estas fechas para compararlas con las fechas que constan en su cuenta del médico o suministrador.

8. A todo reclamo se le asigna un **Número de Reclamo**, el cual se lo pueden pedir cuando usted llame con respecto a su MSN.

9. **Servicios Brindados** es una breve descripción del servicio o suministro, el número de los servicios y el código de servicios.

10. **Cantidad Cobrada** es la cantidad enviada a Medicare por el proveedor del servicio o servicios.

11. **Aprobado por Medicare** es la cantidad que Medicare aprobó por servicios

que usted recibió.

12. **Medicare Pagó al Proveedor**. En la mayoría de las situaciones, Medicare paga el 80 porciento de la cantidad aprobada después de sustraer cualquier parte del deducible anual que todavía no se haya pagado. Para servicios no asignados, esta columna se titula Medicare le Pagó a Usted.

13. **Usted Puede ser Facturado**. Esta es la cantidad total que al proveedor se le permite facturarle a usted. Combina los deducibles, el coseguro y cualquier otro cargo no cubierto. Si usted tiene seguro suplementario, puede pagar todo o parte de esta cantidad. Pueden haber otras leyes en su estado que limitan los cargos del médico.

14. **Ver Sección de Observaciones**. Si aparece una letra en esta columna, refiérase a la Sección de Observaciones. Por favor vea el punto 16.

15. **Nombre y Dirección del Proveedor**. Puede aparecer más de un nombre. Si usted fue tratado por una clínica o por un consultorio médico de grupo, puede ser que aparezca el nombre de la clínica o del grupo, seguido por el nombre del médico que brindó el servicio. Si el servicio fue recetado o referido por otro médico, también puede aparecer el nombre del médico que dio el referido. La dirección que se muestra es la dirección para facturar, la cual puede ser distinta a la dirección de donde usted recibió el/los servicio/s.

16. La **Sección de Observaciones** brinda información más detallada sobre su reclamo.

17. La sección de **Información sobre el Deducible** muestra cuanto se ha pagado hasta la fecha de su deducible anual.

18. La sección de **Información General** le brinda noticias e información importantes relacionadas con Medicare.

19. **Información sobre Apelaciones** como por ejemplo sobre cuándo y cómo tramitar una apelación se incluye aquí. Vea el dorso de su MSN para conseguir más información y sobre cómo conseguir ayuda con sus solicitudes de apelación.

¿Qué es la "asignación" dentro del Plan Original de Medicare y por qué es importante?

La asignación es un acuerdo entre Medicare, los médicos, otros proveedores de servicios de salud y suministradores de equipo y suministros de salud (como sillas de ruedas, oxígeno, abrazaderas, y suministros de ostomía). Los médicos, proveedores, y suministradores que se ponen de acuerdo en aceptar la asignación aceptan la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por los servicios y suministros de la Parte B. Usted paga las cantidades del coseguro y deducible. En algunos casos (como por ejemplo si usted tiene tanto a Medicare como a Medicaid), sus proveedores y suministradores de salud deben aceptar la asignación.

Busque en www.medicare.gov en la Internet para médicos en su área que siempre aceptan la asignación. Active "Participating Physician Directory" (Directorio de Médicos Participantes).

Si no aceptan la asignación, los cargos son a menudo más elevados. Esto significa que usted pagará más y es posible que deba pagar la suma total en el momento de recibir el servicio. Medicare le enviará la parte que le corresponde del cargo.

Hay un límite sobre lo que le pueden cobrar su médico y sus proveedores. Se le llama el "cargo limitante" a la cantidad máxima que le pueden cobrar médicos y proveedores que no aceptan la asignación por un servicio cubierto. Este límite es de un 15% sobre la cantidad aprobada por Medicare. El cargo limitante se aplica únicamente a determinados servicios y no se aplica ni a suministros ni a equipo.

Para conseguir más información sobre la asignación, obtenga su copia gratis de *¿Acepta la "asignación" su médico o proveedor?* (*Does Your Doctor or Supplier Accept Assignment*)? Vea la página 9 para los detalles sobre cómo conseguir este folleto.

Sección 4
El Plan Original de Medicare

Preguntas y respuestas comunes

P1: ¿El Plan Original de Medicare cubre los servicios de salud mental?

R: Si usted está en el Plan Original de Medicare, la Parte A cubre servicios de internación para cuidado de salud mental, incluyendo habitaciones, comidas, servicios de enfermería, y otros servicios y suministros relacionados. La Parte B cubre servicios de salud mental que generalmente se brindan fuera del hospital, incluyendo consultas al médico, sicólogo clínico, trabajador social clínico y exámenes de laboratorio. Para determinados servicios de salud mental para paciente ambulatorio, el pago de Medicare está reducido. Para más información sobre cobertura Medicare de servicios de salud mental, consiga su copia gratis de *Medicare y sus beneficios de salud mental (Medicare and your Mental Health Benefits)*. Vea la página 9 para detalles sobre cómo conseguir esta publicación.

P2: ¿Medicare paga por el cuidado en un asilo de ancianos?

R: Por lo general, no. La mayoría del cuidado en asilos de ancianos es cuidado custodial (ayuda para bañarse, vestirse, el aseo y comer). Cuidado de este tipo no está cubierto por Medicare. La Parte A de Medicare cubre sólo cuidado especializado que se brinda en un centro de enfermería especializada. Usted debe reunir con ciertas condiciones y la cobertura es limitada. Para más información sobre cobertura Medicare de servicios de enfermería especializada consiga su copia gratuita de *Cobertura Medicare para Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Medicare Coverage in a Skilled Nursing Facility)*. Vea la página 9 para detalles sobre cómo conseguir esta publicación.

P3: ¿Me cubre Medicare cuando viajo fuera de los Estados Unidos?

R: El Plan Original de Medicare no cubre cuidado de salud mientras usted viaja fuera de los Estados Unidos con la excepción de situaciones de emergencia en México y Canadá. Hay algunas pólizas Medigap que sí cubren cuidado que se recibe fuera de los Estados Unidos (ver página 55). Revise su cobertura de seguros antes de viajar fuera del país.

P4: ¿Porqué algunas de mis cuentas por servicios para paciente ambulatorio son más altas de lo que eran antes de julio del 2000?

R: En julio del 2000 Medicare cambió la forma en que paga por servicios ambulatorios. Dependiendo de los servicios que usted recibe y el hospital en donde recibe los mismos, los costos directos de su bolsillo pueden ser diferentes a lo que eran antes, por el mismo servicio. Para más información sobre este nuevo sistema de pagos, consiga su copia gratis de *Su Guía sobre el Sistema de Pagos Previsible de Paciente Ambulatorio (Your Guide to the Outpatient Prospective Payment System)*. Vea la página 9 para más detalles sobre cómo conseguir este folleto.

P5: ¿Porqué Medicare no pagó por mi medición de masa ósea? Yo pensé que este servicio estaba cubierto.

R: Medicare cubre la medición de la masa ósea de "ciertas personas con Medicare que están a riesgo de perder masa ósea".

Las siguientes personas están a riesgo de perder masa ósea:

- Una mujer deficiente en estrógeno y con riesgo clínico de osteoporosis, en base a su historial médico y hallazgos clínicos (según un médico o practicante habilitado no-médico), o
- Una persona con anormalidades vertebrales detectada con rayos-X y que presenta osteoporosis, osteopatía (masa ósea baja), o fractura vertebral, o
- Una persona que recibe (o que espera recibir) terapia de glucocorticoides (esteroides) igual a por lo menos 7.5 mg de prednisona por día por más de tres meses, o
- Una persona con hiperparatiroidismo primario, o
- Una persona qué está siendo vigilada para ver que tan bien está funcionando una terapia de medicinas contra osteoporosis aprobada por el FDA.

Sección 5
Planes Medicare + Choice (Opción)

¿Qué es un plan Medicare + Choice (Opción)?

Los planes Medicare + Choice (Opción) tienen contratos con Medicare para brindar servicios de salud. Pueden ofrecer beneficios como por ejemplo la coordinación de atención médica o reducir costos directos de su bolsillo. Algunos planes pueden ofrecer beneficios adicionales.

Los planes Medicare + Choice (Opción) actualmente incluyen:

- Planes de Salud Administrados de Medicare (como los HMO)
- Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare.

Recuerde, las palabras en letra azul se definen en las páginas 95-98.

Los planes Medicare + Choice (Opción) están disponibles en muchas partes del país. Para conseguir información sobre los planes Medicare + Choice (Opción) disponibles en su área, visite www.medicare.gov en la Internet o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Medicare le paga a estos planes privados de salud una cantidad fija cada mes por sus servicios de salud. A cambio, el plan Medicare + Choice (Opción) le maneja la cobertura de Medicare de sus miembros. Si hay planes Medicare + Choice (Opción) disponibles en su área, usted puede afiliarse a uno de ellos, y conseguir sus beneficios cubiertos por Medicare. Al afiliarse a un plan Medicare + Choice (Opción), usted a menudo puede conseguir beneficios adicionales, como por ejemplo medicinas recetadas. El plan Medicare + Choice (Opción) puede tener reglas adicionales que usted debe seguir. Por otra parte, usted posiblemente tendrá que pagar una prima mensual para recibir los beneficios adicionales.

Si usted se inscribe en un plan Medicare + Choice (Opción):

- Usted siempre está en el programa Medicare.
- Usted debe tener tanto la Parte A **como** la Parte B de Medicare y seguir pagando su prima mensual de la Parte B ($50 en el 2001). Si usted ya está en un plan de salud administrado Medicare y solamente tiene la Parte B, usted puede quedarse en su plan.
- Usted siempre recibe todos sus servicios regulares de Medicare (ver páginas 12-17). Es posible que también pueda conseguir beneficios adicionales como medicinas recetadas o días adicionales en el hospital.
- Usted tiene sus derechos de Medicare que lo protegen (ver página 18).

Sección 5

Planes Medicare + Choice (Opción)

¿Cómo funciona un plan de salud administrado Medicare?

- En la mayoría de los planes de salud administrados, usted sólo puede visitar a determinados doctores y hospitales que han acordado tratar a los miembros del plan. Llame al plan que le interesa para averiguar cuáles médicos están en el plan.
- Los médicos pueden ingresar o retirarse de los planes de salud administrados en cualquier momento. Si su médico se retira de su plan, pídale a su plan una lista de médicos del plan en su área.
- Por lo general usted necesitará un referido para consultar con el especialista (como un cardiólogo), lo que significa que su médico de cuidado primario le recomienda que vaya a un especialista.
- Es posible que usted tenga que pagar más si recibe sus servicios de salud fuera del área de servicio del plan, a menos de que tenga una emergencia o necesite atención urgente (ver P7 y P8 en la página 57). El área de servicio es donde el plan acepta miembros y donde usted recibe servicios del plan.
- Cada año, las compañías que ofrecen planes Medicare + Choice (Opción) pueden decidir si quieren unirse, quedarse, o retirarse de Medicare.
- Ciertos planes de salud administrados ofrecen una opción "Punto-de-Servicio". Esto le permite visitar a otros médicos y hospitales que no forman parte del plan. En la mayoría de los casos esta opción le cuesta más pero le brinda más opciones.
- Pueden haber excepciones a estas reglas en casos de emergencia o cuando se necesita cuidado urgente (ver P7 y P8 en la página 57).

Sección 5

Planes Medicare + Choice (Opción)

¿Cómo funciona un plan Privado de Pago-por-Servicio?

- La agencia privada, en vez del programa de Medicare, es la que decide cuánto pagará, y cuánto pagará usted por los servicios que usted recibe.
- Usted puede acudir a cualquier médico u hospital que acepte los términos de pago del plan.
- La agencia privada le brinda cobertura de servicios de salud a las personas con Medicare que se inscriben con ese plan. La agencia privada paga un honorario por cada consulta con el médico o servicio que usted recibe y es posible que usted también tenga que pagar un honorario.
- La agencia privada puede tener un requisito de "preaviso". Por ejemplo, puede requerir que usted le informe al plan sobre cualquier estadía de internación en el hospital que tenga planeada.
- Es posible que usted pague más si es que el plan le permite a los médicos, hospitales, y otros proveedores facturarle más de lo que el plan paga por servicios. Si esto se permite, puede haber un límite sobre lo que pueden cobrar y usted debe pagar la diferencia.

Sus costos en un plan Medicare + Choice (Opción)

Los costos directos de su bolsillo dependerán de:

- Si el plan cobra una prima adicional por encima de la prima mensual de la Parte B de $50 en el 2001.
- Cuánto usted paga por cada consulta o servicio (los "copagos");
- Qué tipos de servicios de salud usted necesita y la frecuencia con que los recibe;
- Los tipos de beneficios adicionales que usted utiliza y si el plan los cubre.

Sección 5

Planes Medicare + Choice (Opción)

Para afiliarse a un plan Medicare + Choice (Opción)

¿Quién puede afiliarse en un plan Medicare + Choice (Opción)?

Nota: Si usted ya está en un plan de salud administrado Medicare y tiene solamente la Parte B, usted puede quedarse en su plan.

Si usted está en Medicare, puede afiliarse a un plan Medicare + Choice (Opción) si:

- Usted tiene tanto la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico) de Medicare.
- Usted vive dentro del área de servicio del plan. El área de servicio es donde usted debe vivir para que el plan lo acepte como miembro. En el caso de un plan de salud administrado Medicare, también es el área en donde usted recibe los servicios del plan. El plan puede darle más información sobre sus áreas de servicio.
- Usted no tiene Enfermedad Renal de Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal).

Reglas especiales para personas con Enfermedad Renal de Etapa Final:

Si usted tiene Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD, por su sigla en inglés) por lo general usted no puede afiliarse a un plan Medicare + Choice (Opción). Sin embargo, si ya está en un plan, usted puede quedarse en el mismo, o afiliarse a otro plan ofrecido por la misma agencia en el mismo estado. Si usted ya tuvo un trasplante de riñón exitoso, también es posible que pueda afiliarse a un plan.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir más información sobre Enfermedad Renal de Etapa Final y los planes Medicare + Choice (Opción).

Si usted tiene ESRD y está en un plan Medicare + Choice (Opción), y el plan se retira de Medicare o deja de ofrecer cobertura en su área, usted puede afiliarse a otro plan Medicare + Choice (Opción) si es que hay uno disponible en su área. Esto se aplica a personas cuyos planes se salieron de Medicare o dejaron de ofrecer cobertura en su área a partir del 31 de diciembre o después.

Para Afiliarse a un Plan Medicare + Choice (Opción) (continuación)

¿Cuándo puedo afiliarme a uno de estos planes?

Hay tres momentos en los que usted puede afiliarse:

1. Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare;
2. Noviembre. Los planes Medicare + Choice (Opción) deben aceptar miembros nuevos desde el 1° de noviembre hasta el 30 de noviembre de cada año. En el 2001, los planes Medicare + Choice (Opción) también deben aceptar miembros nuevos durante el mes de diciembre. En la mayoría de los casos, si usted se afilia a un plan de salud de Medicare en noviembre (o en diciembre del 2001), su cobertura comenzará el 1° de enero del año siguiente;
3. 1° de enero hasta el 30 de junio del 2002 (si es que un plan está aceptando a miembros nuevos).

Nota: Algunos planes de Medicare + Choice (Opción) le imponen un límite al número de miembros en sus planes. Puede ser que estos planes no acepten a miembros nuevos todo el tiempo. Un plan puede decirle si está inscribiendo a miembros nuevos.

¿Cómo hago para afiliarme a un plan Medicare + Choice (Opción)?

1. Llame al plan y pida el formulario de inscripción. Complete el formulario y envíeselo por correo al plan, o
2. Consiga un formulario de inscripción de un representante del plan. Complete el formulario y envíeselo por correo al plan, o entrégueselo al representante del plan.

Usted recibirá una carta del plan informándole cuando comienza su cobertura.

Precaución: Usted no puede afiliarse a más de un plan de salud de Medicare a la vez. Si usted trata de afiliarse a más de un plan de salud de Medicare con las mismas fechas de vigencia es posible que termine afiliado en el plan que no quería.

Para Afiliarse a un Plan Medicare + Choice (Opción) (continuación)

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) si me inscribo en un plan Medicare + Choice (Opción)?

Sí, usted puede conservarla. Sin embargo, puede costarle bastante dinero y serle de poco provecho mientras usted está en un plan Medicare + Choice (Opción).

Si usted cancela su póliza Medigap, es posible que no pueda volver a conseguirla con la excepción de ciertas situaciones. Si usted se afilia a un plan Medicare + Choice (Opción) cuando fue elegible para Medicare por primera vez al cumplir 65 años, o si esta es la primera vez que se haya inscrito en un plan Medicare + Choice (Opción), es posible que usted tenga ciertas protecciones de Medigap que le brindan la oportunidad de comprar otra póliza Medigap. Para más informacion sobre las pólizas y protecciones de Medigap, consiga una copia gratis del manual *Guía sobre los Seguros de Salud para Personas con Medicare: Cómo escoger una Póliza Medigap (Guide to Health Insurance for People with Medicare: Choosing a Medigap Policy)*. Vea la página 9 para más detalles sobre cómo conseguir este manual.

¿Cómo puedo saber si estoy en un plan Medicare + Choice (Opción)?

Si usted se inscribió en un plan Medicare + Choice (Opción), debería tener una tarjeta de afiliación con el nombre del plan. Si usted no está seguro de si está en un plan Medicare + Choice (Opción), usted puede llamar al número que aparece en su tarjeta de afiliación. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a su oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772. Pídale al representante de servicio al cliente que verifique si usted está en un plan Medicare + Choice (Opción).

Sección 5

Planes Medicare + Choice (Opción)

Para retirarse de un plan Medicare + Choice (Opción)

¿Cuándo puedo retirarme de un plan Medicare + Choice (Opción)?

A partir del 1° de enero del 2002, usted puede salirse de un plan Medicare + Choice (Opción) y afiliarse a otro plan una vez solamente desde el 1° de enero hasta el 30 de junio del 2002. Después de que usted haya hecho un cambio (incluyendo el cambiarse al Plan Original de Medicare), usted debe quedarse en ese plan por el resto del año.

Ejemplo: la Sra. Martínez pertenece al plan de salud administrado Alfa. Se retira del plan de salud administrado Alfa en mayo del 2002 para afiliarse al plan de salud administrado Beta. Ahora debe quedarse en el plan Beta por el resto del año.

Para conseguir más información sobre cómo salir de un plan Medicare + Choice (Opción), consiga una copia gratis de *Las Nuevas Reglas para Cambiar de Planes de Salud de Medicare*. Busque en la página 9 para más detalles sobre cómo conseguir este folleto.

¿Cómo hago para retirarme de un plan Medicare + Choice (Opción)?

Escríbale al plan o a la Administración del Seguro Social, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dígales que usted quiere retirarse del plan. El plan debe enviarle una carta con la fecha en que termina su cobertura. Si usted no recibe la carta, llame al plan y pida la fecha. Cuando usted se retira de un plan, automáticamente será regresado al Plan Original de Medicare a menos que se afilie a otro plan de salud Medicare + Choice (Opción). Si se afilia a otro plan Medicare + Choice (Opción), usted debe obtener una carta diciéndole cuando comienza su cobertura. Usted será retirado automáticamente de su plan antiguo.

¿Qué ocurre si me mudo fuera del área de servicio del plan?

Usted tendrá que llamar al plan de salud para averiguar si puede quedarse en el plan si se muda fuera del área de servicio del plan. Si usted tiene que retirarse del plan, usted tendrá que desafiliarse. Si no hay ningún plan Medicare + Choice (Opción) disponible en su nueva localidad, quedará cubierto por el Plan Original de Medicare. Usted puede escoger unirse a otro plan Medicare + Choice (Opción) si es que hay uno disponible en su nueva localidad y si están aceptando a miembros nuevos. O usted puede escoger el Plan Original de Medicare.

Para conseguir más información sobre planes Medicare + Choice (Opción):

Busque en www.medicare.gov en la Internet. Active "Español" y luego active "Compare Planes de Salud Medicare" o "Publicaciones" para ver o imprimir información o publicaciones sobre planes.

O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral). Usted puede conseguir:

- Una copia gratis de información detallada sobre los planes de salud de Medicare dentro de su código postal (ZIP). Esta información incluye nombres de los planes de salud, números telefónicos de contactos, costos, beneficios adicionales, calificaciones de calidad, e información sobre la desafiliación para ayudarlo a comparar planes de salud;
- Una copia gratis de *Su Guía para los planes Privados de Pago-por-Servicio (Your Guide to Private Fee-for-Service Plans* (Publicación CMS No. 10144-S).

Sección 5
Planes Medicare + Choice (Opción)

Preguntas y respuestas comunes

P1: ¿Cómo hago para averiguar si mi médico u hospital pertenece a un plan?

R: Si usted quiere seguir viendo a su médico cuando se afilia a un plan Medicare + Choice (Opción), llame y pregunte si él o ella forma parte de ese plan Medicare + Choice (Opción) y si quiere seguir viéndolo si es que usted se afilia a ese plan. Usted también puede conseguir una lista de su plan con los médicos y hospitales que pertenecen a ese plan.

P2: ¿Puedo afiliarme a un plan Medicare + Choice (Opción) si tengo cobertura por medio de mi empleador o sindicato?

R: Si usted se afilia a un plan Medicare + Choice (Opción) y también tiene cobertura de empleador o sindicato, usted posiblemente podrá en ciertos casos seguir usando esta cobertura junto con la cobertura de su plan de salud de Medicare. Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las reglas que se aplican al caso. Recuerde que si usted cancela su cobertura de empleador o sindicato, es posible que no pueda regresar a ella.

P3: ¿Los planes Medicare + Choice (Opción) me cubren mientras estoy viajando fuera de los Estados Unidos?

R: Algunos planes Medicare + Choice (Opción) lo cubren cuando usted viaja fuera de los Estados Unidos. Verifíquelo con su plan antes de salir del país.

P4: ¿La salud mental está cubierta bajo un plan Medicare + Choice (Opción)?

R: Si usted está en un plan Medicare + Opción, lea los documentos de su plan o llame al plan para averiguar sobre su cobertura de salud mental. Usted podrá recibir por lo menos la misma cobertura que la que le brindan la Parte A y la Parte B del Plan Original de Medicare.

Sección 5
Planes Medicare + Choice (Opción)

P5: ¿Quién decide donde estarán disponibles los planes Medicare + Choice (Opción)?

R: Los planes Medicare + Choice (Opción) son ofrecidos por agencias de seguros privadas. Una agencia de seguros puede decidir que un plan le será disponible a toda persona con Medicare en un estado o que estará abierto solamente en determinados condados. Una agencia también puede elegir ofrecer más de un plan dentro de un área con distintos beneficios y costos. Cada año, las agencias de seguros que ofrecen los planes Medicare + Choice (Opción) pueden decidir retirarse o quedarse en Medicare.

Las agencias de seguros pueden decidir ofrecer planes en su área en el futuro. Para conseguir la información más actualizada sobre los planes Medicare + Choice (Opción) en su área, busque en www.medicare.gov en la Internet. Active "Español" y luego active "Compare Planes de Salud de Medicare". También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral).

P6: ¿Por cuánto tiempo tienen contrato con Medicare los planes Medicare + Choice (Opción)?

R: Cuando un plan Medicare + Choice (Opción) decide firmar un contrato (inscribirse o permanecer con Medicare), acepta quedarse por el año entero, desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre. Las agencias privadas ofrecen los planes Medicare + Choice (Opción). Cada año, toman una decisión empresarial de quedarse o retirarse del programa Medicare. Los costos y beneficios adicionales también pueden cambiar de año en año.

Sección 5
Planes Medicare + Choice (Opción)

P7: ¿Qué es una "emergencia médica"? ¿Cómo puedo recibir atención de emergencia en un plan Medicare + Choice (Opción)?

R: Una emergencia médica es cuando usted cree que su salud se encuentra en grave peligro y que cada segundo cuenta. Puede ser que usted sufra una herida seria, una enfermedad repentina, o una enfermedad que se empeora rápidamente.

Todo plan Medicare + Choice (Opción) debe permitirle recibir servicios de emergencia en cualquier momento que usted los necesite de cualquier proveedor en los Estados Unidos. No es necesario que usted primero consiga permiso de su médico de cuidado primario. Su plan tiene la obligación de pagar por la atención de emergencia (es posible que usted tenga que hacer un copago). Si usted recibe una cuenta, entréguelo al plan para que lo pague. Si su plan no paga por su cuidado de emergencia, usted tiene el derecho de apelar (ver P9 en la página 58).

P8: ¿Qué es "atención urgente"? ¿Cómo puedo recibir atención urgente en un plan Medicare + Choice (Opción)?

R: Atención urgente es cuidado que usted necesita para una enfermedad o herida que es repentina pero que no llega a ser una emergencia médica.

En un plan de salud administrado Medicare, usted recibe atención urgente de su médico de cuidado primario. Sin embargo, si usted se encuentra dentro de los Estados Unidos pero fuera del área de servicio del plan de salud Medicare y no puede esperarse hasta regresar a su casa, su plan debe pagar por la atención urgente (usted tendrá que hacer un copago). Si el plan no lo paga, usted tiene el derecho de apelar (ver P9 en la página 58).

En un plan Privado de Pago-por-Servicio, usted puede conseguir atención urgente de cualquier médico que acepte los términos de pago del plan.

Sección 5
Planes Medicare + Choice (Opción)

P9: ¿Puedo apelar las decisiones sobre pagos hechas por mi plan Medicare + Choice (Opción)?

R: Sí. Usted tiene el derecho a un proceso justo, eficiente, y oportuno para resolver asuntos relacionados con el pago que su plan de salud efectúa por un servicio o producto. A este proceso se le llama una apelación.

Su plan debe informarle por escrito como apelar una decisión del plan. Usted tiene el derecho de presentar una apelación si su plan no pagará por, no permite, o suspende un servicio que usted cree debería ser cubierto o debería brindarse. Después de que usted presente su apelación, el plan revisará su decisión. Si su salud podría estar en peligro al tener que esperar por una decisión, el plan debe tomar una decisión dentro de 72 horas. Si el plan no decide en su favor, se enviará su apelación a una organización independiente de revisión. Consulte los materiales de afiliación de su plan sobre sus derechos de apelación. Usted tiene el derecho a pedirle a su plan una copia de su expediente, la cual contiene su información médica y otra información relacionada con su apelación.

P10: ¿Qué debo hacer si mi plan Medicare + Choice (Opción) se retira del programa Medicare?

P: Si su plan Medicare + Choice (Opción) se retira del programa Medicare, a usted se le enviará una carta de aviso. Esta carta le informará si hay otros planes de salud Medicare + Choice (Opción) en su área a los que usted puede afiliarse. Usted siempre puede escoger el Plan Original de Medicare. Usted regresará automáticamente al Plan Original de Medicare si no escoge otro plan Medicare + Choice (Opción). Es posible que usted pueda comprar una póliza Medigap (ver la página 62). A usted le conviene averiguar todo lo que pueda sobre sus opciones antes de tomar cualquier decisión. No importa lo que usted escoja, usted siempre está dentro del programa Medicare y recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare.

Sección 6

Otros seguros y formas de pagar sus gastos de salud

¿Sabe usted cuáles son los seguros de salud que tiene en la actualidad y qué servicios le ayudan a pagar? Ahora es un momento muy oportuno para revisar su cobertura. Puede ser que Medicare no sea la única cobertura para servicios de salud que usted tenga o que pueda conseguir. Es posible que usted pueda conseguir más cobertura de servicios de salud, ayuda para rebajarle los costos directos de su bolsillo o más beneficios de lo que ofrece el programa Medicare por sí sólo.

Sin importar que usted pueda conseguir cobertura de empleador, sindicato, militar, o de otra forma, a usted le conviene aprender todo lo que pueda sobre los diferentes tipos de cobertura de salud. La cobertura que usted tenga afectará lo que usted paga, los beneficios que obtenga, los médicos a los que puede consultar y muchas otras cosas que pueden serle importantes.

Para más información sobre cómo estos otros tipos de seguros de salud funcionan con Medicare, consiga una copia gratis de *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quien Paga Primero (Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First)*. Vea la página 9 para más detalles sobre como conseguir este folleto.

1. Cobertura de Empleador o Sindicato

Llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato suyo o de su cónyuge en base al empleo actual o pasado. Pregunte si usted tiene o puede conseguir cobertura para servicios de salud por el empleo actual o pasado suyo o de su cónyuge.

Cuando usted tiene cobertura por medio de su empleador o sindicato, ellos son los que adminstran esta cobertura. Pueden cambiarle sus beneficios o primas y tambien pueden cancelarle su cobertura si así lo desean.

Precaución: Si usted cancela su cobertura de empleador o sindicato, existe la posibilidad de que no pueda regresar a ella. Para mas información, llame a su administrador de beneficios del empleador o sindicato.

2. Beneficios para Veteranos

Si usted es un veterano, llame al Departamento de Asuntos Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000 para conseguir más información sobre beneficios para Veteranos y servicios disponibles en su área.

Sección 6

Otros seguros y formas de pagar sus gastos de salud

3. Beneficios para Retirado Militar

TRICARE de por Vida (TFL, por su sigla en inglés) comenzó el 1° de octubre del 2001. Extende la cobertura médica de: retirados elegibles para Medicare, incluyendo miembros retirados de la guardia y reservistas; miembros familiares elegibles para Medicare y viudos/as y ciertos ex-cónyuges si eran elegibles para TRICARE antes de cumplir los 65 años. Usted debe tener la Parte B de Medicare para ser elegible para TFL.

De ser elegible, usted recibe todos los beneficios cubiertos por el Plan Original de Medicare, más todos los beneficios cubiertos por TFL. Si usted utiliza un proveedor de Medicare, Medicare será el primer pagador para todo servicio cubierto por Medicare y TFL será el pagador secundario. TFL pagará todos los copagos y deducibles de Medicare y cubrirá la mayoría de los costos de determinados tipos de cuidado que no están cubiertos por Medicare.

Para más información sobre TFL, llame al 1-888-DOD-LIFE (1-888-363-5433) o busque en www.TRICARE.osd.mil en la Internet. Llame al 1-800-538-9552 con otras preguntas sobre beneficios para retirados militares.

4. Programas de Ahorros Medicare (Ayuda de su Estado)

Existen programas que cada año le ayudan a millones de personas con Medicare a ahorrar dinero. Los estados tienen programas para personas de ingresos y recursos limitados que pagan las primas de Medicare, sea en parte o en su totalidad. Algunos programas también pueden pagar los deducibles y coseguros de Medicare.

Usted puede solicitar estos programas si:

- Tiene la Parte A de Medicare (Si usted tiene la Parte A pero no cree que puede pagar por ella, existe un programa que posiblemente pueda pagar la prima de la Parte A por usted),
- Usted es un individuo con recursos de $4,000 o menos o una pareja con recursos de $6,000 o menos. Los recursos incluyen dinero en una cuenta de cheques o de ahorros, acciones, o bonos, y

Sección 6

Otros seguros y formas de pagar sus gastos de salud

4. Programas de Ahorros Medicare (continuación)

- Usted es un individuo con un ingreso mensual de menos de $1,273* o una pareja con un ingreso mensual de menos de $1,714*.

Llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (ver página 92) y pida información sobre los Programas de Ahorros Medicare. Es muy importante que usted llame si cree que califica para cualquiera de estos Programas de Ahorros Medicare aún si no está seguro.

*Los límites sobre los ingresos cambiarán ligeramente en el 2002. Si usted vive en Alaska o Hawaii, los límites sobre el ingreso serán un poco más altos.

5. Medicaid

Si su ingreso y sus recursos son aún más limitados que lo que se describió arriba, es posible que usted califique para Medicaid. La mayoría de sus gastos de salud están cubiertos si usted tiene Medicare y si califica para Medicaid. Medicaid es un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de estado a estado. Las personas con Medicaid pueden conseguir cobertura para cuidado en asilo de ancianos y medicinas recetadas para pacientes ambulatorios las cuales no están cubiertas por Medicare. Para conseguir más información sobre Medicaid, llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (ver página 92).

6. Programas de Asistencia de Medicinas Recetadas

Existen programas que pueden ofrecerle descuentos o medicinas gratuitas. Para conseguir más información, busque en www.medicare.gov en la Internet. Active "Español" y luego active "Prescription Drug Assistance Programs" (Programas de Asistencia de Medicinas Recetadas). Si usted no tiene una computadora, su centro para ancianos o biblioteca local puede ayudarlo a conseguir esta información. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida información sobre estos programas.

Sección 6

Otros seguros y formas de pagar sus gastos de salud

7. Pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)

Una póliza "Medigap" es una póliza de seguros de salud vendida por agencias privadas de seguros para cubrir lo que no cubre ("gaps", en inglés) el Plan Original de Medicare. Los seguros Medigap deben cumplir con leyes federales y estatales. Estas leyes sirven para protegerlo a usted. La portada de la póliza Medigap está claramente marcada como "Seguro Suplemental Medicare."

En todos los estados, excepto Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin, una póliza Medigap debe ser una de diez pólizas estandarizadas para que usted pueda compararlas fácilmente. Cada póliza tiene una serie distinta de beneficios. Dos de las pólizas estandarizadas pueden tener la opción de un deducible alto. Por otra parte, cualquier póliza estandarizada puede ser vendida como una póliza "Medicare SELECT". Las pólizas Medicare SELECT por lo general cuestan menos porque requieren que usted utilice a ciertos hospitales, y en algunos casos médicos, para obtener los beneficios de la póliza. En caso de emergencia, usted puede ir a cualquier médico u hospital.

Para conseguir más información sobre las pólizas Medigap, sus costos, y sus opciones, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y hable con un representante de servicio al cliente.

¿Necesito comprar una póliza Medigap?

Las pólizas Medigap ayudan a pagar los costos solamente si usted tiene el Plan Original de Medicare. Si necesita o no necesita una póliza Medigap es una decisión que solamente usted puede tomar. Dependiendo de sus necesidades de cuidado de salud y de su situación económica, es posible que usted quiera continuar con su cobertura de empleador o de retirado, o afiliarse a un plan Medicare + Choice (Opción).

Usted no necesita comprar una póliza Medigap si está en un plan Medicare + Choice (Opción). De hecho, puede ser ilegal que alguien trate de venderle una póliza Medigap si ya saben que usted está en uno de esos planes de salud. Si usted tiene Medicaid, por lo general es ilegal que una agencia de seguros trate de venderle una póliza Medigap.

Sección 6

Otros seguros y formas de pagar sus gastos de salud

¿Cuál es el mejor momento para comprar una póliza Medigap?

El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante su período de inscripción abierta de Medigap. Este comienza el primer día del mes en el cual usted cumple 65 años o más y también está inscrito en la Parte B de Medicare. Su período de inscripción abierta de Medigap dura 6 meses. Una vez que comienza el período de inscripción abierta de Medigap, no puede ser cambiado.

Durante este período, una compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, imponerle condiciones a una póliza (como hacerle esperar antes de que comience la cobertura) o cambiarle el precio a una póliza debido a sus problemas de salud actuales o en el pasado. También deben acortar el período de espera para condiciones preexistentes por la cantidad de cobertura de salud anterior que usted tenga.

Importante: Si no compra una póliza Medigap durante su período de inscripción abierta, es posible que usted no pueda comprar la que quiera o que le cobren más por esa póliza. Además si usted abandona su póliza Medigap es posible que no pueda conseguirla nuevamente.

> **Nota:** Si usted tiene 65 años o más y tiene cobertura de salud a través de un empleador o sindicato basados en el empleo actual o activo de su cónyuge o usted, quizá le convenga esperar antes de inscribirse en la Parte B de Medicare y retrasar su período de inscripción abierta Medigap.

Para más información sobre cómo comprar una póliza Medigap, consiga una copia gratis de la *Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare: Cómo Escoger una Póliza Medigap (Guide to Health Insurance for People with Medicare: Choosing a Medigap Policy)*. Vea la página 9 para detalles sobre cómo conseguir esta guía.

Sección 6

Otros seguros y formas de pagar sus gastos de salud

8. Seguros de Cuidado a Largo Plazo

Seguros de cuidado a largo plazo son vendidos por compañías privadas de seguros y usualmente cubren la atención médica y no-médica para asistirlo con sus necesidades personales, como el bañarse, vestirse, usar el baño y comer. Por lo general Medicare no paga por el cuidado a largo plazo.

Para más información sobre seguros de cuidado a largo plazo, consiga una copia de *A Shopper's Guide to Long-Term Care Insurance (Guía del Comprador sobre Seguros de Cuidado a Largo Plazo)*, sea del Departamento de Seguros de su Estado (ver páginas 90-91) o de la National Association of Insurance Commissioners (la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros), 2301 McGee Street, Suite 800, Kansas City, MO, 64108-3600.

Asegure a los Niños Ahora
(Insure Kids Now)

Ahora se pueden conseguir seguros de salud gratuitos o de bajo costo en su estado para niños no asegurados menores de 19 años. Llame gratis al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) para conseguir más información.

Sección 7

Información para su área local

Información local sobre planes de salud Medicare

A partir del 1° de octubre del 2001, la información detallada sobre los planes de salud Medicare en su área está disponible por medio de 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los representantes de servicio al cliente están disponibles 24 horas al día incluyendo los fines de semana para ayudarle con sus preguntas generales sobre Medicare, y sobre las pólizas Medigap, Programas de Asistencia de Medicinas Recetadas y las opciones de planes Medicare + Choice (Opción) en su área.

El representante de servicio al cliente puede enviarle por correo información detallada sobre los planes de salud Medicare en su área incluyendo:

- Números telefónicos, direcciones y sitios en la Internet de cada plan local;
- La prima mensual que se cobra;
- Beneficios y costos incluyendo beneficios adicionales como medicinas recetadas;
- Calidad de los planes y calificaciones de satisfacción de los miembros;
- Información sobre la desafiliación.

Los representantes de servicio al cliente pueden ayudarlo a reducir sus opciones sobre planes de salud de Medicare utilizando una nueva "Búsqueda personalizada de planes Medicare". Esta búsqueda está diseñada para ayudarle a concentrarse en los asuntos más importantes para usted a la hora de tomar una decisión sobre el plan de salud que más le conviene. El representante de servicio al cliente le enviará por corrreo sus resultados personalizados por medio de esta búsqueda dentro de tres semanas de su llamada. Vea las páginas 30-31 para conseguir más información sobre la "Búsqueda personalizada de planes Medicare". Vea las páginas 6-7 para la información completa sobre 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Información local sobre planes de salud Medicare (continuación)

Usted también puede buscar en www.medicare.gov en la Internet para conseguir toda la información sobre los planes locales y para utilizar la "Búsqueda personalizada de planes Medicare". Vea la página 8 para conseguir más detalles sobre qué está disponible en www.medicare.gov en la Internet. Estos servicios le brindan más información que la que se incluyó en versiones previas del manual *Medicare y Usted*.

Adonde llamar para conseguir ayuda (números telefónicos locales)

En la sección con tabulaciones en azul, usted encontrará los números telefónicos para conseguir ayuda con sus preguntas sobre Medicare. Estos números eran correctos a la hora de imprimir este manual. A veces los números telefónicos pueden cambiar. Usted puede encontrar los números telefónicos más actualizados buscando en www.medicare.gov en la Internet. Active “Español” y luego active "Contactos Útiles". O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral).

¿Se está Mudando?

Para cambiar su dirección, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Sección 7
Información para su área local

¿Adónde puedo llamar con mis preguntas sobre Medicare?

Si usted tiene preguntas sobre:	Llame a:	Ver página(s):
Cambios de dirección	Administración del Seguro Social	68
Apelaciones (cómo tramitar)	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	75-76
Quejas (calidad de la atención)	Organización para la Revisión de Normas Profesiónales	85-89
Aviso de fallecimiento	Administración del Seguro Social	68
Discriminación	Oficina de Derechos Civiles	94
Inscripción en Medicare	Administración del Seguro Social	68
Fraude		
Parte A	Intermediario Fiscal	78-82
Parte B	Agencia de Seguros Medicare	69-74
Ayuda para pagar gastos de salud	Oficinal Estatal de Asistencia Médica	92-93
Seguro de salud a largo plazo	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	75-76
Tarjeta Medicare (para reponer)	Administración del Seguro Social	68
Opciones de planes de salud Medicare	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	75-76
Cuentas y servicios de la Parte A de Medicare	Intermediario Fiscal	78-82
Cuentas y servicios de la Parte B de Medicare	Agencia de Seguros Medicare	69-74
Derechos y protecciones de Medicare	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	75-76
Pólizas Medigap	Departamento Estatal de Seguros	90-91
Beneficios de Retiro Ferroviario	Junta de Retiro Ferroviario	68
Beneficios del Seguro Social	Administración del Seguro Social	68

Si usted está en un Plan Medicare + Choice (Opción), llame a su plan con sus preguntas sobre cuentas, servicios de salud y apelaciones.

Sección 7
Información para su área local

Nota: A la hora de imprimir este manual, los siguientes números telefónicos estaban correctos. Para conseguir los números más actualizados, busque en la Internet en www.medicare.gov, active "Español" y luego active "Contactos útiles" (Helpful Contacts). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral).

1-800-MEDICARE

Llame para:
- Información general sobre Medicare
- Información sobre planes de salud de Medicare
- Pedir publicaciones de Medicare
- Números telefónicos TTY/TDD y locales
- Información sobre Medigap y Programas de Asistencia para Medicinas Recetadas

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227
TTY/TDD: 1-877-486-2048
Todos los Estados

Contratista Coordinador de Beneficios

Llame para:
- Preguntas generales sobre Pagador Secundario de Medicare
- Preguntas generales sobre quién paga primero

1-800-999-1118
Todos los Estados

Departamento de Salud y Servicios Humanos
Oficina del Inspector General

Llame para:
- Denunciar fraude y abuso en cualquier programa federal de salud

1-800-447-8477
TTY/TDD: 1-800-377-4950
Todos los Estados

Junta de Retiro Ferroviario

Llame para:
- Inscribirse para la Parte A y Parte B de Medicare, pérdida de tarjeta RRB y cambio de domicilio
- Cuentas y servicios de la Parte B (Palmetto GBA 1-800-833-4455)
- Cuentas y servicios de la Parte A (ver Intermediario Fiscal en las páginas 78-82)

1-800-808-0772
(Beneficiarios RRB únicamente)

Administración del Seguro Social

Llame para:
- Cambio de domicilio
- Tarjeta Medicare perdida
- Inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare
- Problemas con la prima de Medicare

1-800-772-1213
TTY/TDD: 1-800-325-0778
Todos los Estados

Departamento de Asuntos Veteranos

Llame para:
- Beneficios de Medicare

1-800-827-1000
Todos los Estados

Sección 7
Información para su área local

Agencias de Seguros Medicare: Llame con preguntas sobre la cobertura de la Parte B, cuentas y servicios médicos, o para conseguir información sobre cómo reconocer fraude y abuso de Medicare. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, ver página 25.

Alabama
Blue Cross Blue Shield of Alabama,
1(800)292-8855
TTY/TDD: 1(800)548-2546

Arizona
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Colorado
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)332-6681
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Alaska
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Arkansas
Blue Cross Blue Shield of Arkansas,
1(800)482-5525
TTY/TDD: 1(888)476-3009

Connecticut
First Coast Service Options,
1(800)982-6819
TTY/TDD: 1(866)359-3614

American Samoa
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(888)552-9336

California
National Heritage Insurance Company,
1(800)952-8627
TTY/TDD: 1(530)634-7538
Nota: (En el Sur de California, llame al 1-800-675-2266)

Delaware
Trailblazer Health Enterprises también incluye al Norte de Virginia (condados de Arlington y Fairfax),
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(800)516-6684

Sección 7
Información para su área local

Agencias de Seguros Medicare: Llame con preguntas sobre la cobertura de la Parte B, cuentas y servicios médicos, o para conseguir información sobre cómo reconocer fraude y abuso de Medicare. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, ver página 25.

Florida First Coast Service Options, 1(800)333-7586 TTY/TDD: 1(800)754-7820	**Hawaii** Noridian Mutual Insurance Company, 1(800)444-4606 TTY/TDD: 1(888)552-9336	**Indiana** AdminaStar Federal, 1(800)622-4792 TTY/TDD: 1(317)841-4677
Georgia Cahaba Government Benefit Administrators, 1(800)727-0827 TTY/TDD: 1(800)255-0056	**Idaho** Cigna Medicare, 1(800)627-2782 TTY/TDD: 1(800)686-5485	**Iowa** Noridian Mutual Insurance Company, 1(800)532-1285 TTY/TDD: 1(800)735-2943
Guam Noridian Mutual Insurance Company, 1(800)444-4606 TTY/TDD: 1(888)552-9336	**Illinois** Wisconsin Physicians Service, 1(800)642-6930 TTY/TDD: 1(800)535-6152	**Kansas** Blue Cross Blue Shield of Kansas, 1(800)432-3531 TTY/TDD: 1(800)430-8757

Sección 7
Información para su área local

Agencias de Seguros Medicare: Llame con preguntas sobre la cobertura de la Parte B, cuentas y servicios médicos, o para conseguir información sobre cómo reconocer fraude y abuso de Medicare. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, ver página 25.

Kentucky
AdminaStar Federal,
1(800)999-7608
TTY/TDD: 1(317)841-4677

Maryland
Trailblazer Health Enterprises también incluye al Norte de Virginia (condados de Arlington y Fairfax),
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(800)516-6684

Minnesota
Wisconsin Physician Services,
1(800)352-2762
TTY/TDD: 1(800)828-2837

Louisiana
Louisiana Medicare - Parte B,
1(800)462-9666
TTY/TDD: 1(225)231-2292

Massachusetts
National Heritage Insurance Company,
1(800)882-1228
TTY/TDD: 1(800)559-0443

Mississippi
Cahaba Government Benefits Administrators,
1(800)682-5417
TTY/TDD: 1(601)977-5820

Maine
National Heritage Insurance Company,
1(800)492-0919
TTY/TDD: 1(800)668-1339

Michigan
Wisconsin Physicians Service,
1(800)482-4045
TTY/TDD: 1(800)535-6152

Missouri
Blue Cross Blue Shield of Arkansas Eastern Missouri,
1(800)392-3070
TTY/TDD: 1(877)645-9577
Blue Cross Blue Shield of Kansas, área de la cuidad de Kansas,
1(800)892-5900
TTY/TDD: 1(800)430-8757

Información para su área local

Agencias de Seguros Medicare: Llame con preguntas sobre la cobertura de la Parte B, cuentas y servicios médicos, o para conseguir información sobre cómo reconocer fraude y abuso de Medicare. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, ver página 25.

Montana
Blue Cross Blue Shield of Montana,
1(800)332-6146
TTY/TDD: 1(800)238-5086

New Hampshire
National Heritage Insurance Company,
1(800)447-1142
TTY/TDD: 1(800)668-1339

New York
HealthNow of Western New York; servicios al norte de Nueva York,
1(800)252-6550
TTY/TDD: 1(607)766-6260
Empire Medical Services; servicios al sur de Nueva York,
1(800)442-8430
TTY/TDD: 1(877)623-6190
Group Health Care Inc. (GHI Medicare) Condado de Queens únicamente,
1(800)632-5572
TTY/TDD: 1(646)458-6794

Nebraska
Blue Cross Blue Shield of Kansas,
1(800)633-1113
TTY/TDD: 1(800)430-8757

New Jersey
Empire Medicare Services,
1(800)462-9306
TTY/TDD: 1(800)992-0165

North Carolina
Cigna Medicare,
1(800)672-3071
TTY/TDD: 1(800)686-5517

Nevada
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(888)552-9336

New Mexico
Blue Cross Blue Shield of Arkansas,
1(800)423-2925
TTY/TDD: 1(800)822-9472

North Dakota
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)247-2267
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Sección 7
Información para su área local

Agencias de Seguros Medicare: Llame con preguntas sobre la cobertura de la Parte B, cuentas y servicios médicos, o para conseguir información sobre cómo reconocer fraude y abuso de Medicare. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, ver página 25.

Northern Mariana Islands
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Ohio
Nationwide Mutual Insurance Company,
1(800)282-0530
TTY/TDD: 1(800)542-5250

Oklahoma
Blue Cross Blue Shield of Arkansas,
1(800)522-9079
TTY/TDD: 1(800)822-9472

Oregon
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Pennsylvania
HGS Administrators,
1(800)382-1274
TTY/TDD: 1(800)242-8471

Puerto Rico
Triple S, Inc.,
1(800)981-7015 llamadas dentro del estado únicamente
TTY/TDD: 1(787)782-5430

Rhode Island
Blue Cross Blue Shield Of Rhode Island,
1(800)662-5170
TTY/TDD: 1(888)239-3356

South Carolina
Palmetto Government Benefits Administrator,
1(800)583-2236
TTY/TDD: 1(877)566-3572

South Dakota
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)437-4762
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Tennessee
Cigna Medicare,
1(800)342-8900
TTY/TDD: 1(800)686-5485

Texas
Trailblazer Health Enterprises,
1(800)442-2620
TTY/TDD: 1(800)516-6684

Utah
Regence Blue Cross Blue Shield of Utah,
1(800)426-3477
TTY/TDD: 1(800)346-4128

Información para su área local

Agencias de Seguros Medicare: Llame con preguntas sobre la cobertura de la Parte B, cuentas y servicios médicos, o para conseguir información sobre cómo reconocer fraude y abuso de Medicare. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, ver página 25.

Vermont
National Heritage Insurance Company,
1(800)447-1142
TTY/TDD: 1(800)668-1339

Virgin Islands
Triple S, Inc.,
1(800)474-7448 llamadas dentro del estado únicamente

Virginia
Trailblazer Health Enterprises (el resto del estado),
1(800)552-3423
TTY/TDD: 1(800)618-4666

Washington
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Washington D.C.
Trailblazer Health Enterprises también incluye al Norte de Virginia (condados de Arlington y Fairfax),
1(800)444-4606
TTY/TDD: 1(800)516-6684

West Virginia
Nationwide Mutual Insurance Company,
1(800)848-0106
TTY/TDD: 1(800)542-5250

Wisconsin
Wisconsin Physicians Service,
1(800)944-0051
TTY/TDD: 1(800)828-2837

Wyoming
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)442-2371
TTY/TDD: 1(888)552-9336

Información para su área local

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Llame para conseguir ayuda para comprar una póliza Medigap o seguro de salud a largo plazo, o para lidiar con negaciones de pago o apelaciónes, derechos y protecciónes de Medicare, ayuda con quejas sobre su cuidado o tratamiento, ayuda para escoger un plan de salud de Medicare, o sus cuentas de Medicare.

Alabama
1(800)243-5463

Alaska
1(800)478-6065 sólo llamadas dentro del estado

American Samoa
1(888)875-9229

Arizona
1(800)432-4040

Arkansas
1(800)224-6330

California
1(800)434-0222

Colorado
1(888)696-7213

Connecticut
1(800)994-9422 sólo llamadas dentro del estado

Delaware
1(800)336-9500 sólo llamadas dentro del estado

Florida
1(800)963-5337

Georgia
1(800)669-8387

Guam
1(888)875-9229

Hawaii
1(888)875-9229

Idaho
1(800)247-4422 sólo llamadas dentro del estado

Illinois
1(800)548-9034 sólo llamadas dentro del estado

Indiana
1(800)452-4800 sólo llamadas dentro del estado

Iowa
1(800)351-4664

Kansas
1(800)860-5260 sólo llamadas dentro del estado

Kentucky
1(877)293-7447 sólo llamadas dentro del estado

Louisiana
1(800)259-5301sólo llamadas dentro del estado

Maine
1(800)750-5353 sólo llamadas dentro del estado

Maryland
1(800)243-3425 sólo llamadas dentro del estado

Massachusetts
1(800)882-2003 sólo llamadas dentro del estado

Michigan
1(800)803-7174

Minnesota
1(800)333-2433

Mississippi
1(800)948-3090

Missouri
1(800)390-3330

Montana
1(800)332-2272 sólo llamadas dentro del estado

Información para su área local

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Llame para conseguir ayuda para comprar una póliza Medigap o seguro de salud a largo plazo, o para lidiar con negaciones de pago o apelaciónes, derechos y protecciónes de Medicare, ayuda con quejas sobre su cuidado o tratamiento, ayuda para escoger un plan de salud de Medicare, o sus cuentas de Medicare.

Nebraska 1(800)234-7119	**Rhode Island** 1(401)222-2880
Nevada 1(800)307-4444	**South Carolina** 1(800)868-9095 sólo llamadas dentro del del estado
New Hampshire 1(800)852-3388 sólo llamadas dentro del estado	**South Dakota** 1(800)822-8804 sólo llamadas dentro del estado
New Jersey 1(800)792-8820 sólo llamadas dentro del estado	**Tennessee** 1(800)525-2816
New Mexico 1(800)432-2080 sólo llamadas dentro del estado	**Texas** 1(800)252-9240
New York 1(800)333-4114	**Utah** 1(800)541-7735 sólo llamadas dentro del estado
North Carolina 1(800)443-9354 sólo llamadas dentro del estado	**Vermont** 1(800)642-5119 sólo llamadas dentro del estado
North Dakota 1(800)247-0560	**Virgin Islands** 1(340)772-7368
Northern Mariana Islands 1(888)875-9229	**Virginia** 1(800)552-3402
Ohio 1(800)686-1578	**Washington** 1(800)397-4422
Oklahoma 1(800)763-2828 sólo llamadas dentro del estado	**Washington D.C.** 1(202)739-0668
Oregon 1(800)722-4134 sólo llamadas dentro del estado	**West Virginia** 1(877)987-4463
Pennsylvania 1(800)783-7067	**Wisconsin** 1(800)242-1060
Puerto Rico 1(877)725-4300 sólo llamadas dentro del estado	**Wyoming** 1(800)856-4398

Portador Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC, por su sigla en ingles): Llame sobre cuentas para equipo médico duradero y una lista de suministradores aprobados de este equipo.

Si usted vive en:	Su DMERC es:
Illinois Indiana Maryland Michigan Minnesota Ohio Virginia Washington D.C. West Virginia Wisconsin	Adminastar Federal 1(800)270-2313 TTY/TDD: 1(317)841-4677

Si usted vive en:		Su DMERC es:
Alaska American Samoa Arizona California Guam Hawaii Idaho Iowa Kansas Missouri Montana Nebraska Nevada North Dakota	Northern Mariana Islands Oregon South Dakota Utah Washington Wyoming	Cigna Medicare 1(800)899-7095 TTY/TDD: 1(800)970-7494

Si usted vive en:	Su DMERC es:
Connecticut Delaware Maine Massachusetts New Hampshire New Jersey New York Pennsylvania Rhode Island Vermont	Health Now of New York, Inc., Región A 1(800)842-2052 TTY/TDD: 1(800)842-9519

Si usted vive en:	Su DMERC es:
Alabama Arkansas Colorado Florida Georgia Kentucky Louisiana Mississippi New Mexico North Carolina Oklahoma Puerto Rico South Carolina Tennessee Texas Virgin Islands	Palmetto Government Benefits Administration 1(800)583-2236 TTY/TDD: 1(800)788-5414

números de teléfono

Información para su área local

Intermediario Fiscal: Llame sobre las cuentas y servicios de la Parte A, cuidado de hospital, servicios de enfermería especializada y fraude y abuso. Su llamada puede ser referida a otra compañía que cubra sus reclamos.

Alabama
Blue Cross Blue Shield of Alabama,
1(800)292-8855
TTY/TDD: 1(800)548-2547

Arkansas
Blue Cross Blue Shield of Arkansas,
1(877)356-2368
TTY/TDD: 1(888)476-3009

Delaware
Empire Medicare Services,
1(800)442-8430
TTY/TDD: 1(877)623-6190

Alaska
Premera Blue Cross Medicare,
1(877)602-7896

California
United Government Services,
1(866)804-0684

Florida
First Coast Service Options, Inc.,
1(800)333-7586
TTY/TDD: 1(800)754-7820
Nota: Parte A de Medicare, oprime el No. 2

American Samoa
United Government Services,
1(866)264-4990

Colorado
Trailblazer Health Enterprises,
1(800)442-2620
TTY/TDD: 1(800)516-6684

Georgia
Blue Cross Blue Shield of Georgia,
1(800)322-3380
TTY/TDD: 1(706)571-5454

Arizona
Blue Cross Blue Shield of Arizona,
1(877)602-7909
TTY/TDD: 1(602)864-4823

Connecticut
Empire Medicare Services,
1(800)442-8430
TTY/TDD: 1(877)623-6190

Guam
United Government Services,
1(866)264-4990

Información para su área local

Intermediario Fiscal: Llame sobre las cuentas y servicios de la Parte A, cuidado de hospital, servicios de enfermería especializada y fraude y abuso. Su llamada puede ser referida a otra compañía que cubra sus reclamos.

Hawaii
United Government Services,
1(866)264-4990

Iowa
Cahaba Health Benefits Administrators,
1(877)910-8139

Maine
Associated Hospital Services,
1(888)896-4997
TTY/TDD: 1(207)822-4646

Idaho
Medicare Northwest,
1(866)804-0681
TTY/TDD: 1(503)276-1899

Kansas
Blue Cross Blue Shield of Kansas,
1(800)445-7170
TTY/TDD: 1(800)430-8757

Maryland
Care First Blue Cross Blue Shield Maryland, Medicare Parte A,
1(800)655-1636

Illinois
Anthem Insurance Companies,
1(877)602-2426
TTY/TDD: 1(866)737-8930

Kentucky
Anthem Insurance Companies,
1(800)999-7608
TTY/TDD: 1(866)284-0881

Massachusetts
Associated Hospital Services,
1(888)896-4997
TTY/TDD: 1(207)822-4646

Indiana
Anthem Insurance Companies,
1(800)622-4792
TTY/TDD: 1(317)841-4677

Louisiana
Trispan Health Services,
1(800)932-7644
TTY/TDD: 1(601)939-5704

Michigan
United Government Services,
1(866)804-0686

Información para su área local

Intermediario Fiscal: Llame sobre las cuentas y servicios de la Parte A, cuidado de hospital, servicios de enfermería especializada y fraude y abuso. Su llamada puede ser referida a otra compañía que cubra sus reclamos.

Minnesota Noridian Mutual Insurance Company, 1(800)330-5935 TTY/TDD: 1(888)552-9336	**Nebraska** Blue Cross Blue Shield of Nebraska, 1(877)602-7775	**New Mexico** Trailblazer Health Enterprises, 1(800)442-2620 TTY/TDD: 1(800)516-6684
Mississippi Trispan Health Services, 1(800)932-7644 TTY/TDD: 1(601)939-5704	**Nevada** Mutual of Omaha, 1(877)647-6528	**New York** Empire Medicare Services, 1(800)442-8430 TTY/TDD: 1(877)623-6190
Missouri Mutual of Omaha, 1(877)647-6528	**New Hampshire** Anthem Health Plans of New Hampshire-Vermont, 1(800)522-8323 TTY/TDD: 1(800)499-2865	**North Carolina** Blue Cross Blue Shield of North Carolina, 1(800)685-1512 TTY/TDD: 1(800)735-2962
Montana Blue Cross Blue Shield of Montana, 1(800)447-7828x4086 TTY/TDD: 1(800)637-8010	**New Jersey** Riverbend Government Benefits Administrators, 1(866)641-2007	**North Dakota** Noridian Mutual Insurance Company, 1(888)241-1051 TTY/TDD: 1(888)552-9336

Información para su área local

Intermediario Fiscal: Llame sobre las cuentas y servicios de la Parte A, cuidado de hospital, servicios de enfermería especializada y fraude y abuso. Su llamada puede ser referida a otra compañía que cubra sus reclamos.

Northern Mariana Islands
United Government Services,
1(866)264-4990

Pennsylvania
Veritus Medicare Services,
1(800)853-1419
TTY/TDD: 1(800)452-8086

South Dakota
Cahaba Health Benefits Administrators,
1(877)910-8139

Ohio
Anthem Insurance Companies,
1(877)602-2430
TTY/TDD: 1(866)737-8930

Puerto Rico
Cooperativa De Seguros De Vida,
1(866)863-8598

Tennessee
Riverbend Government Benefit Administrators,
1(866)641-2007
TTY/TDD: 1(423)763-3088

Oklahoma
Group Health Service of Oklahoma,
1(877)910-8153

Rhode Island
Blue Cross Blue Shield of Rhode Island,
1(800)662-5170
TTY/TDD: 1(888)239-3356

Texas
Trailblazer Health Enterprises,
1(800)442-2620
TTY/TDD: 1(800)516-6684

Oregon
Medicare Northwest,
1(866)804-0681
TTY/TDD: 1(503)276-1899

South Carolina
Palmetto Government Benefits Administrators,
1(800)583-2236
TTY/TDD: 1(803)935-0147

Utah
Regence Blue Cross Blue Shield of Utah,
1(877)602-8817
TTY/TDD: 1(800)346-4128

Información para su área local

Intermediario Fiscal: Llame sobre las cuentas y servicios de la Parte A, cuidado de hospital, servicios de enfermería especializada y fraude y abuso. Su llamada puede ser referida a otra compañía que cubra sus reclamos.

Vermont Anthem Health Plans of New Hampshire-Vermont, 1(800)522-8323 TTY/TDD: 1(800)499-2865	**Washington** Premera Blue Cross Medicare, 1(877)602-7896	**Wisconsin** United Government Services, 1(800)531-9695 TTY/TDD: 1(800)722-8140
Virgin Islands Cooperativa De Seguros De Vida, 1(866)863-8598	**Washington D.C.** Care First Blue Cross Blue Shield Maryland, Medicare Parte A, 1(800)655-1636	**Wyoming** Blue Cross Blue Shield of Wyoming, 1(888)557-2301
Virginia United Government Services, 1(877)768-5471	**West Virginia** United Government Services, 1(877)768-5471	

Información para su área local

Intermediario Regional de Salud en el Hogar (RHHI, por su sigla en inglés):

Llame con sus preguntas sobre los servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de hospicio y sobre el fraude y abuso.

Si usted vive en:	Su RHHI es:
Connecticut **Maine** **Massachusetts** **New Hampshire** **Rhode Island** **Vermont**	Associated Hospital Service of Maine 1(888)896-4997 TTY/TDD: 1(207)822-4646

Si usted vive en:	Su RHHI es:
Colorado **Delaware** **Iowa** **Kansas** **Maryland** **Missouri** **Montana** **Nebraska** **North Dakota** **Pennsylvania** **South Dakota** **Utah** **Virginia** **Washington D.C.** **West Virginia** **Wyoming**	Cahaba Health Benefits Administration 1(877)910-8139

Si usted vive en:	Su RHHI es:
Alabama **Arkansas** **Florida** **Georgia** **Illinois** **Indiana** **Kentucky** **Louisiana** **Mississippi** **New Mexico** **North Carolina** **Ohio** **Oklahoma** **South Carolina** **Tennessee** **Texas**	Palmetto Government Benefits Administration 1(800)583-2236

Si usted vive en:	Su RHHI es:
Michigan **Minnesota** **New Jersey** **New York** **Puerto Rico** **Virgin Islands** **Wisconsin**	United Government Services 1(800)531-9695 TTY/TDD: 1(800)722-8140

Información para su área local

Intermediario Regional de Salud en el Hogar (RHHI, por su sigla en inglés):
Llame con sus preguntas sobre los servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de hospicio y sobre el fraude y abuso.

Si usted vive en:	Su RHHI es:
Hawaii	United Government Services 1(866)264-4990
Alaska **American Samoa** **Arizona** **California** **Guam** **Idaho** **Nevada** **Northern Mariana Islands** **Oregon** **Washington**	United Government Services 1(877)602-7904

Información para su área local

Organización para la Revisión de Normas Profesionales (PRO, por su sigla en inglés): Llame con sus dudas a preocupaciones sobre la calidad de la atención, para tramitar una apelación o una queja con preguntas sobre sus derechos como paciente de hospital.

Alabama
Alabama Quality Assurance Foundation,
1(800)760-3540

Alaska
PRO West,
1(800)445-6941
TTY/TDD: 1(800)251-8890

American Samoa
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)524-6550

Arizona
Health Services Advisory Group, Inc.,
1(800)359-9909

Arkansas
Arkansas Foundation for Medical Care, Inc.,
1(800)272-5528

California
CMRI,
1(800)841-1602
TTY/TDD: 1(800)881-5980

Colorado
Colorado Foundation for Medical Care, Inc.,
1(800)727-7086
TTY/TDD: 1(303)695-3314

Connecticut
Qualidigm,
1(800)553-7590

Delaware
Quality Insights of Delaware,
1(800)422-8804 Llamadas dentro del estado únicamente

Florida
Florida Medical Quality Assurance, Inc.,
1(800)844-0795

Georgia
Georgia Medical Care Foundation,
1(800)979-7217

Guam
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)524-6550

Organización para la Revisión de Normas Profesionales (PRO, por su sigla en inglés): Llame con sus dudas a preocupaciones sobre la calidad de la atención, para tramitar una apelación o una queja con preguntas sobre sus derechos como paciente de hospital.

Hawaii Mountain Pacific Quality Health Foundation, 1(800)524-6550	**Iowa** Iowa Foundation for Medical Care, Inc., 1(800)752-7014	**Maine** Northeast Health Care Quality Foundation, 1(800)772-0151 Llamadas dentro del estado únicamente
Idaho PRO West, 1(800)445-6941 TTY/TDD: 1(800)251-8890	**Kansas** The Kansas Foundation For Medical Care, Inc., 1(800)432-0407	**Maryland** Delmarva Foundation for Medical Care, 1(800)492-5811
Illinois Illinois Foundation for Quality Health Care, 1(800)647-8089	**Kentucky** Health Care Excel, Inc., 1(800)288-1499	**Massachusetts** Massachusetts Peer Review Organization, 1(800)252-5533 Llamadas dentro del estado únicamente
Indiana Health Care Excel, Inc., 1(800)288-1499	**Louisiana** Louisiana Health Care Review, Inc., 1(800)433-4958 Llamadas dentro del estado únicamente	**Michigan** Michigan Peer Review Organization, Inc., 1(800)365-5899

Información para su área local

Organización para la Revisión de Normas Profesionales (PRO, por su sigla en inglés): Llame con sus dudas a preocupaciones sobre la calidad de la atención, para tramitar una apelación o una queja con preguntas sobre sus derechos como paciente de hospital.

Minnesota Stratis Health, 1(800)444-3423	**Nebraska** Sunderbruch Corporation, 1(800)247-3004	**New Mexico** New Mexico Medical Review Association, 1(800)279-6824
Mississippi Mississippi Foundation For Medical Care, Inc., 1(800)844-0600	**Nevada** HealthInsight, 1(800)748-6773	**New York** Island Peer Review Organization - IPRO, 1(800)331-7767
Missouri Missouri Patient Care Review Foundation, 1(800)347-1016	**New Hampshire** Northeast Health Care Quality Foundation, 1(800)772-0151 Llamadas dentro del estado únicamente	**North Carolina** Medical Review Of North Carolina, Inc., 1(800)722-0468
Montana Mountain Pacific Quality Health Foundation, 1(800)497-8232	**New Jersey** The Peer Review Organization of New Jersey, Inc., 1(800)624-4557 Llamadas dentro del estado únicamente	**North Dakota** North Dakota Health Care Review, Inc., 1(800)472-2902 Llamadas dentro del estado únicamente

Información para su área local

Organización para la Revisión de Normas Profesionales (PRO, por su sigla en inglés): Llame con sus dudas a preocupaciones sobre la calidad de la atención, para tramitar una apelación o una queja con preguntas sobre sus derechos como paciente de hospital.

Northern Mariana Islands Mountain Pacific Quality Health Foundation, 1(800)524-6550	**Pennsylvania** Keystone Peer Review Organization - KePRO, 1(800)322-1914	**South Dakota** South Dakota Foundation for Medical Care, Inc., 1(800)658-2285
Ohio Ohio KePRO, Inc., 1(800)589-7337	**Puerto Rico** Quality Improvement Professional Research Organization, 1(800)981-5062 Llamadas dentro del estado únicamente	**Tennessee** Mid South Foundation For Medical Care, Inc., 1(800)489-4633
Oklahoma Oklahoma Foundation For Medical Quality, Inc., 1(800)522-3414 Llamadas dentro del estado únicamente	**Rhode Island** Rhode Island Quality Partners, Inc., 1(800)662-5028	**Texas** Texas Medical Foundation, 1(800)725-8315
Oregon OMPRO, 1(800)344-4354	**South Carolina** Carolina Medical Review, 1(800)922-3089 Llamadas dentro del estado únicamente	**Utah** HealthInsight, 1(800)274-2290

Información para su área local

Organización para la Revisión de Normas Profesionales (PRO, por su sigla en inglés): Llame con sus dudas a preocupaciones sobre la calidad de la atención, para tramitar una apelación o una queja con preguntas sobre sus derechos como paciente de hospital.

Vermont Northeast Health Care Quality Foundation, 1(800)772-0151 Llamadas dentro del estado únicamente	**Washington** PRO West, 1(800)445-6941 TTY/TDD: 1(800)251-8890	**Wisconsin** MetaStar, 1(800)362-2320
Virgin Islands Virgin Island Medical Institute, Inc., 1(340)712-2400 **Nota:** 340-712-2444 Línea telefónica de ayuda	**Washington D.C.** Delmarva Foundation for Medical Care, 1(800)645-0011	**Wyoming** Mountain Pacific Quality Health Foundation, 1(800)497-8232
Virginia Virginia Health Quality Center, 1(800)545-3814 Llamadas dentro del estado únicamente TTY/TDD: 1(800)828-1140	**West Virginia** West Virginia Medical Institute, Inc., 1(800)642-8686x2266	

Sección 7
Información para su área local

Departamento Estatal de Seguros: Llame con sus preguntas sobre las pólizas Medigap que se venden en su área y sobre cualquier otro problema relacionado con los seguros.

Alabama
1(800)433-3966 sólo llamadas dentro del estado

Alaska
1(800)467-8725 sólo llamadas dentro del estado

American Samoa
Número no disponible

Arizona
1(800)325-2548 sólo llamadas dentro del estado

Arkansas
1(800)224-6330

California
1(800)927-4357 sólo llamadas dentro del estado

Colorado
1(800)930-3745 sólo llamadas dentro del estado

Connecticut
1(800)203-3447 sólo llamadas dentro del estado

Delaware
1(800)282-8611 sólo llamadas dentro del estado

Florida
1(800)342-2762 sólo llamadas dentro del estado

Georgia
1(800)656-2298 sólo llamadas dentro del estado

Guam
Número no disponible

Hawaii
1(808)586-2790 solamente en Hawaii

Idaho
1(800)721-3272 sólo llamadas dentro del estado

Illinois
1(312)814-2427

Indiana
1(800)622-4461 sólo llamadas dentro del estado

Iowa
1(800)351-4664

Kansas
1(800)432-2484 sólo llamadas dentro del estado

Kentucky
1(800)595-6053

Louisiana
1(800)259-5301 sólo llamadas dentro del estado

Maine
1(800)300-5000 sólo llamadas dentro del estado

Maryland
1(800)492-6116

Massachusetts
1(617)521-7794

Michigan
1(877)999-6442

Minnesota
1(800)657-3602 sólo llamadas dentro del estado

Mississippi
1(800)562-2957 sólo llamadas dentro del estado

Missouri
1(800)726-7390

Montana
1(800)332-6148 sólo llamadas dentro del estado

Sección 7
Información para su área local

Departamento Estatal de Seguros: Llame con sus preguntas sobre las pólizas Medigap que se venden en su área y sobre cualquier otro problema relacionado con los seguros.

Nebraska
1(800)234-7119

Nevada
1(800)992-0900 sólo llamadas dentro del estado

New Hampshire
1(800)852-3416

New Jersey
1(609)292-5360

New Mexico
1(800)947-4722 sólo llamadas dentro del estado

New York inglés 1(800)342-3736, español 1-800-218-8222; sólo llamadas dentro del estado

North Carolina
1(800)443-9354 sólo llamadas dentro del estado

North Dakota
1(800)247-0560

Northern Mariana Islands
Número no disponible

Ohio
1(800)686-1578

Oklahoma
1(800)522-0071 sólo llamadas dentro del estado

Oregon
1(800)722-4134 sólo llamadas dentro del estado

Pennsylvania
1(877)881-6388 sólo llamadas dentro del estado

Puerto Rico
1(787)722-8686

Rhode Island
1(401)222-2223

South Carolina
1(800)768-3467 sólo llamadas dentro del estado

South Dakota
1(605)773-3563

Tennessee
1(800)525-2816

Texas
1(800)252-3439

Utah
1(866)350-6242 sólo llamadas dentro del estado

Vermont
1(800)631-7788 sólo llamadas dentro del estado

Virgin Islands
1(340)774-7166

Virginia
1(800)552-7945 sólo llamadas dentro del estado

Washington
1(800)397-4422

Washington D.C.
1(202)727-8000

West Virginia
1(800)642-9004 sólo llamadas dentro del estado

Wisconsin
1(800)236-8517 sólo llamadas dentro del estado

Wyoming
1(800)438-5768 sólo llamadas dentro del estado

Sección 7
Información para su área local

Oficina Estatal de Asistencia Médica: Llame para averiguar sobre programas de ayuda para pagar sus cuentas médicas para personas de bajos ingresos.

Alabama
1(800)362-1504 sólo llamadas dentro del estado

Alaska
1(800)211-7470 sólo llamadas dentro del estado

American Samoa
1(808)587-3521

Arizona
1(800)523-0231

Arkansas
1(800)482-8988

California
1(916)636-1980

Colorado
1(800)221-3943

Connecticut
1(800)842-1508 sólo llamadas dentro del estado

Delaware
1(800)372-2022 sólo llamadas dentro del estado

Florida
1(888)419-3456

Georgia
1(800)766-4456

Guam
número no disponible

Hawaii
1(808)587-3521

Idaho
1(877)200-5441

Illinois
1(800)252-8635 sólo llamadas dentro del estado

Indiana
1(317)232-4966

Iowa
1(800)972-2017

Kansas
1(800)766-9012

Kentucky
1(800)635-2570

Louisiana
1(888)342-6207 sólo llamadas dentro del estado

Maine
1(800)452-1926 sólo llamadas dentro del estado

Maryland
1(800)492-5231

Massachusetts
1(800)841-2900

Michigan 1(800)642-3195 1-888-367-6557
(para destinatarios fuera de Michigan)

Minnesota
1(800)657-3659

Mississippi
1(800)421-2408 sólo llamadas dentro del estado

Missouri
1(800)392-2161

Montana
1(800)362-8312

Información para su área local

Oficina Estatal de Asistencia Médica: Llame para averiguar sobre programas de ayuda para pagar sus cuentas médicas para personas de bajos ingresos.

Nebraska
1(800)430-3244

Nevada
1(800)992-0900 X4776 sólo llamadas dentro del estado

New Hampshire
1(800)852-3345 sólo llamadas dentro del estado

New Jersey
1(800)356-1561 sólo llamadas dentro del estado

New Mexico
1(888)997-2583

New York
1(800)541-2831

North Carolina
1(800)662-7030 sólo llamadas dentro del estado

North Dakota
1(800)755-2604

Northern Mariana Islands
1(808)587-3521

Ohio
1(800)324-8680

Oklahoma
1(800)522-0310 sólo llamadas dentro del estado

Oregon
1(800)273-0557

Pennsylvania
1(800)692-7462

Puerto Rico
1(787)250-7429

Rhode Island
1(401)462-5300

South Carolina
1(803)898-2500

South Dakota
1(605)773-4678

Tennessee
1(800)669-1851

Texas
1(800)252-8263

Utah
1(800)662-9651

Vermont
1(800)250-8427

Virgin Islands
1(787)250-7429

Virginia
1(804)786-7933

Washington
1(800)562-3022

Washington D.C.
1(202)724-5506

West Virginia
1(304)558-1700

Wisconsin
1(800)362-3002

Wyoming
1(800)251-1269

Información para su área local

Oficinas Regionales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por su sigla en inglés): Llame para información sobre cómo presentar una queja directamente a CMS.

1 (617) 565-1232 Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont	**1 (214) 767-6401** Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma, Texas
1 (212) 264-3657 New Jersey, New York, Puerto Rico, Virgin Islands	**1 (816) 426-2866** Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska
1 (215) 861-4226 Delaware, Maryland, Pennsylvania, Virginia, Washington, D.C., West Virginia	**1 (303) 844-4024** Colorado, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah, Wyoming
1 (404) 562-7500 Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee	**1 (415) 744-3602** American Samoa, Arizona, California, Guam, Hawaii, Nevada, Northern Mariana Islands
1 (312) 353-7180 Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio, Wisconsin	**1 (206) 615-2354** Alaska, Idaho, Oregon, Washington

Oficina de Derechos Civiles: Llame para información sobre cómo presentar una queja sobre discriminación.

- Usted puede llamar gratis al 1-800-368-1019, TTY/TDD: 1-800-537-7697 (para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral).
- Visite www.medicare.gov en la página web para obtener el número local o TTY/TDD para su estado. Active “Español” y luego active "Contactos Útiles."

Sección 8

Palabras que debe conocer

Apelar/Apelación - Una apelación es un tipo especial de queja que usted puede presentar si no está de acuerdo con cualquier decisión sobre sus servicios de cuidado de salud, por ejemplo, si Medicare no pagó o no pagó bastante por un servicio que usted recibió o quiere recibir. Esta queja se le hace a su plan de salud Medicare o al Plan Original de Medicare. Por lo general hay un proceso especial que usted debe seguir para presentar su queja.

Calidad - La calidad es la medida de qué tan bien el plan de salud mantiene saludables a sus miembros o les brinda tratamiento cuando se enferman. Cuidado de salud de buena calidad significa que el plan está haciendo la cosa apropiada en el momento apropiado, para la persona apropiada y consiguiendo los mejores resultados posibles.

Cantidad Aprobada por Medicare - El honorario que Medicare establece como lo razonable por determinado servicio médico cubierto. Esta es la cantidad que usted y Medicare le pagará a un médico o suministrador por un servicio o suministro. Puede ser menor que la cantidad que realmente cobra el médico o suministrador. A la cantidad aprobada a veces también se le llama el "cargo aprobado."

Cargo Limitante - La cantidad máxima de dinero que los médicos y otros proveedores de cuidado de salud que no aceptan la asignación le pueden cobrar a usted por un servicio cubierto. El límite es del 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo limitante se aplica únicamente a ciertos servicios y no se aplica a suministros médicos y servicios.

Copago - En algunos planes de seguro Medicare, la cantidad que usted paga por cada servicio médico que recibe como una consulta al médico. Un copago usualmente es un cantidad fija que se paga por servicio. Por ejemplo esto podría ser de $5 o $10 por cada consulta con el médico. Los copagos también se utilizan para ciertos servicios ambulatorios de hospital en el Plan Original de Medicare.

Coseguro - El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que usted tiene que pagar después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o la Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje de la cantidad aprobada del servicio (por ejemplo el 20%).

Sección 8
Palabras que debe conocer

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada* (SNF por su sigla en inglés) - Un nivel de cuidado que debe ser brindado o supervisado por enfermeras o enfermeros certificados. Todos sus necesidades se atienden con este tipo de servicio. Ejemplos de servicios de enfermería especializada incluyen: recibir inyecciones intravenosas, alimentación tubal, oxígeno para ayudarlo a respirar y cambiar las vendas estériles de una herida. Cualquier servicio que podría efectuarse con seguridad por una persona ordinaria no-médica (o por uno mismo) sin la supervisión de una enfermera certificada no está cubierto.

Cuidado Interno - Cuidado de salud que usted recibe cuando pasa la noche en un hospital.

Deducible - La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud antes de que Medicare comience a pagar sea por cada período de beneficios para la Parte A o por cada año para la Parte B. Estas cantidades pueden variar de año en año.

Días de Reserva de por Vida - Sesenta días por los cuales Medicare pagará cuando a usted lo internan en un hospital por más de 90 días durante un período de beneficios. Estos 60 días de reserva sólo pueden ser utilizados una vez durante su vida. Por cada día reserva durante su vida, Medicare pagará todos los gastos cubiertos con la excepción de un coseguro diario ($396 en el 2001).

*Esta definición en su totalidad o en parte se utilizó con permiso de Walter Feldesman, Esq., Dictionary of Eldercare Terminology 2000.

Hospitales de Acceso Crítico - Un pequeño centro que brinda servicios limitados de hospital tanto ambulatorios como externos para la gente de áreas rurales.

Medicaid - Un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero se cubren la mayoría de los costos de servicios de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médico de Cuidado Primario - Un médico que está entrenado para darle cuidado básico. Su médico de cuidado primario es el médico que usted ve primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también puede hablar con otros médicos y proveedores de servicios de salud sobre su cuidado y referirlo a ellos. En muchos planes de salud administrados Medicare usted debe consultar con su médico de cuidado primario antes de poder visitar a cualquier otro proveedor de servicios de salud.

Médicamente Necesario - Servicios o suministros médicos que:
- son apropiados y necesarios para diagnosticar o tratar su condición médica;
- se utilizan para el diagnóstico, atención directa y tratamiento de su condición médica;
- satisfacen las normas de la buena practica médica en la comunidad médica de su área local; y
- no son primordialmente para la conveniencia o la de su médico o usted.

Sección 8
Palabras que debe conocer

Medigap - Una póliza de seguro suplemental de Medicare que es vendida por agencias de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Plan Original de Medicare ("gaps", en inglés). Con la excepción de Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin, hay 10 pólizas estandarizadas nombradas del Plan A hasta el Plan J. Las pólizas Medigap solamente funcionan en conjunto con el Plan Original de Medicare.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por su sigla en inglés) - Un tipo de plan de salud administrado Medicare, en el cual un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de salud se ponen de acuerdo en brindarle servicios de salud a beneficiarios de Medicare a cambio de una cantidad fija de dinero de Medicare cada mes. En un HMO por lo general usted debe recibir todo su cuidado de los proveedores que forman parte del plan.

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO por su sigla en inglés) - Grupos de médicos activos y otros expertos pagados por el Gobierno Federal para que vigilen y mejoren la calidad del cuidado que se le brinda a pacientes de Medicare. Tienen la obligación de revisar sus quejas sobre la calidad de la atención que ofrecen hospitales para pacientes internos, departamentos ambulatorios de hospitales, salas de emergencia de los hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de salud en el hogar, planes Privados de Pago-por-Servicio y centros de cirugía ambulatoria.

Período de Beneficios - La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que usted entra a un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios de 60 días, empieza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible por paciente interno de hospital para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

Plan Medicare + Choice (Opción) - Un plan de salud, como por ejemplo un HMO o plan de Pago-por-Servicio, ofrecido por una empresa privada y aprobada por Medicare. Una alternativa al Plan Original de Medicare.

Plan Privado de Pago-por-Servicio - Un plan privado de seguros que acepta a personas con Medicare. Usted puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan de seguros en vez del programa Medicare es el que decide cuánto pagará y cuánto pagará usted por los servicios que usted recibe. Es posible que usted pague más por beneficios cubiertos por Medicare. Es posible que usted consiga beneficios adicionales que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare.

Sección 8
Palabras que debe conocer

Planes de Salud Administrados Medicare - Estas son opciones de planes de salud en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes, con la excepción de emergencies o en ciertos casos donde se necesita atención urgente, usted solamente puede ir a los médicos, especialistas, u hospitales en la lista del plan. Los planes deben cubrir todo cuidado de salud de la Parte A y Parte B de Medicare. Algunos planes cubren cosas adicionales, como por ejemplo medicinas recetadas. Sus costos pueden ser menos que con el Plan Original de Medicare.

Prima - El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud por cobertura de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) - Una organización estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud y asistencia a personas con Medicare.

Referido - La autorización bueno de su médico de cuidado primario para que usted vea al especialista o reciba ciertos servicios. En muchos planes de salud administrados Medicare, usted necesita un referido antes de poder conseguir cuidado de cualquier persona que no sea su médico de cuidado primario. Si usted no consigue el referido de antemano es posible que el plan no pague por su cuidado.

Servicios Preventivos - Cuidado para mantenerle saludable o para prevenir la enfermedad, como por ejemplo exámenes de evaluación para cáncer colorectal, mamografías anuales, y vacunas contra la gripe.

Telemedicina - El uso de información médica intercambiada de un sitio a otro utilizando comunicaciones electrónicas para la salud y la educación de pacientes o proveedores, y para mejorar el cuidado de pacientes.

Sección 9

Índice

1-800-MEDICARE Número Telefónico Gratuito.....6-7, 65, 68

A

Acupuntura 38
Abrazaderas (brazos, piernas, espalda, y cuello) 15
Administración del Seguro Social 2, 11, 13, 14, 19-20, 68
Afiliarse a Planes 50, 52
Anteojos 15, 38
Aparatos Auditivos 38
Aparatos Prostéticos 15
Apelación 18, 39, 57, 58, 95
Área de Servicio 48, 50
Agencia de Seguros Medicare 36, 39, 69-74
Asegure a los Niños Ahora.....64
Asignación 36, 44
Asilos de Ancianos 45

B

Beneficios de Veteranos 59, 68
Beneficios para Retirados Militares 60
Búsqueda personalizada de Planes Medicare 2, 4, 8, 29-31, 65

C

Calidad del Cuidado.....8, 28, 54, 95
Cantidad Aprobada.....35, 37, 44, 95
Cargo Limitante 44, 95
Cobertura de Salud de Empleador 2, 55, 59
Cobertura de Sindicato....2, 20, 55, 59

C continuación

Colonoscopía 16, 37
Contrato Privado.....24, 25
Copago 33, 36-38, 95
Coseguro.....19, 33, 36, 38, 95
Costos
- Asignación.....36, 44
- Ayuda con los Costos.....34, 60-61
- Copago.....33, 36-38, 95
- Coseguro 19, 33, 36, 38, 44, 95
- Deducible.....33, 36-38, 44, 96
- Gastos directos de su bolsillo 34-38, 49

Cuentas (Reclamos)
- Cuentas de Primas 13
- Cuentas Parte A 39
- Cuentas Parte B 39

Cuidado a Largo Plazo 64, 75-76
Cuidado Custodial 38, 45
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) 11-12, 14, 35, 45, 96
Cuidado de Emergencia 15, 57
Cuidado de Hospicio.....11-12, 35
Cuidado de la Salud en el Hogar 11-14, 35-36
Cuidado de la Vista.....15, 38
Cuidado de los Pies 38
Cuidado de Relevo 12, 35
Cuidado de Salud Mental 12, 14, 36, 45, 55
Cuidado Dental.....22, 38
Cuidado Urgente.....48, 57

Sección 9
Índice

D

Deductible 33, 36-38, 44, 96
Definiciones 95-98
Degeneracion Macular 2, 15
Departamento de Veteranos de los EEUU.....59, 68
Departamento Estatal de Seguros 90-91
Derechos 18, 47
Desafiliación (Plan).....53
Diabetes 16, 23, 37
Diálisis Renal (trasplantes).....15
Dias de Reserva de por Vida 35, 96
Discriminación 18, 80-84

E

EKG 15
Enfermedad de Lou Gehrig 2, 21
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD).....4, 50
Equipo Médico Duradero (p.e. sillas de ruedas) 12, 14, 36, 39, 77
Esclerosis Lateral Amiotrófica....2, 21
Especialista 48
Evaluación para Cancer Colorectal 16, 37
Evaluación para Glaucoma..16, 23, 37
Examen Papanicolau 17, 37
Examen Físico 38
Explicación de Aviso de Beneficios de Medicare 33, 39-43

F

Fraude y Abuso 68, 69-74, 78-82, 83-84

H

Hospital (cuidado, cobertura de internación).....11, 12, 35
Hospitales de Acceso Crítico 11-12, 96

I

Incapacitado 20
Información para el Área Local 65-94
Inscripción
Parte A 11
Parte B 13-14, 19-20
Intermediario Fiscal 39, 78-82
Intermediario Regional de Salud en el Hogar.....35-36, 83-84
Internet.....8-9, 30-31
Inyección/vacuna contra Pulmonía Neumococal 17, 37
Inyección/vacuna Hepatitis B....17, 37
Inyecciónes (Vacunas).....17, 37-38

J

Junta de Retiro Ferroviario 2, 11, 13-14, 19-20, 68

M

Mamografía 17, 37
Medicare SELECT 62
Medicaid.....44, 61, 96
Médicamente Necesario 13, 96
Medicare + Choice (Opción) 4, 27, 47-58, 97
(También ver plan de salud administrado Medicare y plan Privado de Pago-por-Servicio.)

Sección 9
Índice

M (continuación)

Medicare Parte A y Parte B (ver Parte A o Parte B)
Medicinas
  Recetadas 15, 21, 38, 47, 61, 65
    Programas de 61
Medición de Masa Ósea.....16, 37, 46
Medigap 34, 45, 52, 62-63, 97
Médico de Cuidado
  Primario 48, 57, 96
Miembros y Ojos Articifiales.....15
MRI.....15

N

Números Telefónicos para Conseguir Ayuda.....65-94

O

Oficina Estatal de Asistencia Médica 92-93
Oficina para los Derechos Civiles ..94
Opción de Punto-de-Servicio 48
Opciones (Planes de Salud) 27, 58
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).....47, 97
Organización de Revisión de Normas Profesionales 85-89, 97

P

Pagador Secundario Medicare 23
Parte A (Seguro de Hospital)....4, 11-12, 35, 38-39, 45, 47
Parte B (Seguro Médico)....4, 13-17, 36-38, 44, 49-51
Período de Beneficios.....35, 97
Periodo de Inscripción Especial 20
Período de Inscrición General 19
Período de Inscripción Inicial.....14

P (continuación)

Plan de salud administrado Medicare....4, 27, 47-48, 50, 52, 57, 98
  Afiliación (Inscribirse) 50-52
  Costos.....49
  Desafiliación (Retirarse) 53
  Si un plan se sale de Medicare....58
Plan Original de Medicare 4, 21, 27, 29, 33, 45, 62
  Costos 34, 35-38
Plan Privado de Pago-por-Servicio 4, 27, 47, 49, 57, 97
  Afiliación (Inscribirse) 50-52
  Costos.....49
  Desafiliación 53
  Si un plan se retira de Medicare..58
Pólizas de Seguro Suplementarios (Medigap) 45, 52, 62-63, 97
Pólizas Medigap..34, 45, 52, 62-63, 97
Prima 11, 13, 19, 33, 47, 49, 98
Programa de Ahorros Medicare 60-61
Programa Estatal de Asistencia Seguros de Salud.....24, 75-76, 98
Próstata (Evaluación, Examen PSA) 17-37
Pruebas Clínicas 2, 22
Publicaciones/folletos 9-10

R

Rayos-X 15
Referido 48, 98
Resumen de Medicare.....33, 39-43
Retirarse de los Planes 53

Sección 9
Índice

S

Sangre 12, 14, 35-36
Segunda Opinión antes de una Cirugía 14-15
Servicios de Ambulatorios de Hospital 14, 36-37, 46
Servicios Cubiertos (Parte A y Parte B) 12, 17
Servicios de Ambulancia..... 15
Servicios de Laboratorio Clínico 14, 36
Servicios de Nutrición 15, 23
Servicios de Sicólogo Clínico 45
Servicios Preventivos 16-17, 37, 98
Servicios Quiroprácticos 15

T

Tarjeta Medicare.....11, 19, 33
Para conseguir una tarjeta nueva.....6, 8, 11, 19
Telemedicina.....15, 98
Terapia de Lenguaje/habla ..12, 14, 36
Terapia de Medicinas Inmunosupresivas.....15
Terapia Física 12, 14, 36
Terapia Ocupaciónal.....12, 14, 36
Tomografía CAT.....15
Trasplantes 15, 50
TRICARE de por VIDA.....60

V

Vacuna Contra la Gripe 17, 37
Verteporfin 15
Viajes 34, 38, 45, 57

Z

Zapatos (Terapéuticos) 15, 23
Zapatos Ortopedicos.....38

Usted está protegido contra la discriminación

Cualquier empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacitación, edad, o religión bajo determinadas condiciones. Si usted cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles de su Estado (ver página 94).

NOTAS

NOTAS

*U.S. G.P.O.:2001-472-391:40010

CMS LIBRARY
3 8095 00014174 3

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Centros de Servicios Medicare y Medicaid
(Anteriormente conocido como Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud)
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, $300

Publicación No. CMS-10050-S
septiembre 2001
Medicare & You 2002 (Sp)

Manual Nacional de Medicare, con una lista de números telefónicos importantes en su área.

Para conseguir copia de este manual en audio-casete (inglés y español), en Braille (solamente en inglés), letra grande (inglés y español) llame gratis al 1-800-633-4227; TTY/TDD 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral.

Busque en www.medicare.gov en la Internet o llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir ayuda con sus preguntas sobre Medicare.

Do you need a copy of this handbook in English? It is also available on Audiotape (English and Spanish), in Braille and Large Print (English and Spanish). Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY/TDD: 1-877-486-2048 for the hearing and speech impaired.